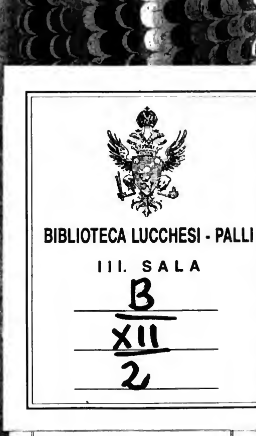
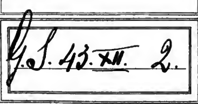

LLI





TRAITÉ
DES
OPERATION
DE
CHIRURGIE



TRAITÉ
DES
OPERATIONS
DE
CHIRURGIE,

Avec les Figures & la Description des Instrumens qu'on y employe ; & une INTRODUCTION sur la nature & le traitement des Plaies, des Abscès, & des Ulcéres.

Traduit en François sur la troisiéme Edition Angloise de M. SHARP, *Chirurgien de l'Hôpital de* Guy *à Londres.*

Par A. F. JAULT, *Docteur en Médecine.*



A PARIS,
Chez HIPPOLYTE-LOUIS GUERIN, Libraire,
& JACQUES GUERIN, Libraire-Imprimeur,
Rue S. Jacques, vis-à-vis les Mathurins,
à S. Thomas d'Aquin.

M. DCC. XLI.
Avec Approbation & Privilége du Roi.



AVERTISSEMENT

DU TRADUCTEUR.

LE Traité des Opérations de Chirurgie de Monſieur *Sharp* ayant été généralement eſtimé en Angleterre, & ayant eu un ſi grand débit, qu'il s'en eſt fait en très-peu de tems trois éditions; on a cru que ce feroit rendre ſervice à la Chirurgie Françoiſe, & en même-tems au public, de le traduire en notre Langue, afin que nous puſſions profiter des richeſſes de nos voiſins par la même

voye qu'ils ont ſçû profiter des nôtres.

La Chirurgie n'eſt pas moins cultivée en Angleterre que la Médecine ; & l'Auteur de ce Traité, quoique peu avancé en âge, s'eſt déja acquis dans ſon Art une réputation qui ſeroit capable de ſatisfaire l'ambition d'un ancien Maître. Il a été diſciple du fameux *Cheſelden*; & il eſt venu auſſi, comme tant d'autres Etrangers, prendre des leçons dans l'Ecole de Paris.

La netteté & la préciſion regnent dans ſon ouvrage. L'Introduction ſur le trai-

tement des Plaies, des Abſcès & des Ulcéres, me paroît un morceau curieux & intéreſſant. L'Opération de la Taille ſuivant l'Appareil Lateral eſt décrite d'une maniere qui plaira ſans doute à ceux qui font de cette Opération le cas qu'elle mérite. La deſcription de l'Oeil, & ſur-tout du Ligament Ciliaire, eſt remarquable.

L'Auteur combat en quelques endroits des pratiques communément reçûes, & particulierement au ſujet des membres gangrénés, dont il ne veut pas que l'on

faſſe l'extirpation, jusqu'à ce que la gangrêne ſoit entiérement arrêtée. Il dit là-deſſus des choſes qui paroîtront intereſſantes. Cela n'eſt point nouveau pour les Chirurgiens de Paris, dont pluſieurs ont adopté depuis long-tems cette doctrine. Je laiſſe à décider de la valeur de ſes raiſons à ces grands Maîtres de l'art, qui exemts de toute prévention, jugent des choſes ſelon leur véritable valeur, & ne condamnent pas une méthode, parce qu'elle eſt nouvelle, ou parce qu'ils ne l'ont jamais

miſe en uſage.

Le champ des découvertes eſt vaſte dans les Sciences & dans les Arts ; & il ne l'eſt pas moins en Chirurgie qu'ailleurs. Ainſi comme la bonté d'une pratique ne vient pas préciſément de ce qu'elle eſt marquée au ſceau de l'antiquité ; ſa nouveauté ne doit pas non plus être pour elle un caractere de réprobation.

Il ſeroit inutile de vouloir perſuader ici, qu'on a employé tous ſes ſoins pour donner à cette Traduction les qualités qu'elle doit

avoir. Ce que je dirai simplement, c'est que j'ose présumer que du moins elle est fidelle; puisqu'elle a été examinée attentivement & approuvée par l'auteur Anglois, qui possede très-bien notre Langue.

On espere que le public sera content des figures qui accompagnent la description des instrumens. On n'a rien oublié pour les rendre parfaites.



****

PREFACE
DE L'AUTEUR.

COMME la pratique des Opérations de Chirurgie a été extrêmement perfectionnée en Angleterre depuis quelques années, & que cependant il n'y a sur ce sujet aucun Traité considérable écrit en notre Langue, je ne crois pas avoir grand besoin de faire l'apologie de mon entreprise. Nous avons, à la vérité, quelques Traductions d'Ouvrages composés par des Etrangers; mais outre qu'ils perdent beaucoup de leur mérite, en ce que leurs Auteurs ignoroient les progrès que la Chirurgie a faits parmi nous; la description qu'ils donnent de chaque

opération, eſt remplie de tant de minuties, & en général ſi peu agréable, que quand on n'ajoûteroit rien de nouveau à ce qu'ils ont dit, ou qu'on ne rejetteroit aucune de leurs fauſſes idées; il ſuffit de pouvoir ſeulement traiter la même matiére d'une façon plus ſuccinte & plus intelligible, pour être raiſonnablement fondé à l'entreprendre.

En décrivant les maladies je n'ai fait mention que de leurs ſignes évidens & diſtinctifs, & je ne me ſuis pas hazardé une ſeule fois de vouloir deviner le vice particulier de l'Oeconomie animale, d'où elles proviennent immédiatement. En effet l'incertitude de nos conjectures dans une matiére auſſi embarraſſée, & le peu d'utilité que ces ſortes de ſpéculations

peuvent procurer à la Chirurgie, m'ont absolument detourné de m'attacher en aucune façon à une pareille Theorie. Et puisque jusqu'à présent les meilleurs esprits n'ont rendu aucun service considérable à la pratique de la Chirurgie par le secours des Hypotheses, & que même, pour la plûpart, ils ont éloigné les jeunes Chirurgiens de l'étude des Symptomes & de la cure des Maladies, pour les jetter dans de vains raisonnemens, & dans un certain stile de conversation, qui a décrédité notre Art parmi les gens sensés; j'espere qu'on ne blâmera pas mon silence sur cet article.

J'ai fait tous mes efforts pour rendre ce Traité court. De là vient que je n'ai donné aucune histoire de Maladies; si ce n'est

lorsque la singularité des maximes que j'ai établies, demandoit qu'elles fussent éclaircies par des Faits; & alors même j'ai rapporté ces histoires le plus briévement qu'il m'a été possible. C'est pour cela aussi que je ne me suis pas amusé, ce me semble, à condamner aucune pratique déja décriée; & si la chose paroît autrement aux habiles gens de Londres, je les prie de vouloir bien s'en rapporter aux Livres de Chirurgie, qui sont maintenant les plus estimés en Europe, & sur lesquels j'ai presque toujours eu les yeux, dans la critique que j'ai faite de plusieurs opinions généralement reçûes.

C'est la coutume de presque tous les Auteurs, de décrire au long les différens bandages qui conviennent

conviennent après chaque Opération. Mais comme la maniere de les appliquer ne peut gueres s'apprendre par une simple description, & que quand cela seroit, il y a fort peu de chose à dire sur ce sujet, à moins que de vouloir copier les autres; je me suis abstenu de suivre l'exemple de ces Auteurs : quoique, à dire vrai, l'intention que l'on a en employant un Bandage, étant principalement de maintenir dans une situation convenable l'appareil du pansement, ou de faire une compression sur certains endroits particuliers; les Chirurgiens, en tournant leur Bande avec ces vûes, n'ont jamais d'autre guide que leur prudence & leur adresse, sans s'embarrasser de ces regles exactes que l'on donne dans les descrip-

tions de Bandages ; regles qu'il eſt preſque impoſſible de retenir dans ſa mémoire, à moins que de les mettre continuellement en pratique : auſſi voyons-nous qu'on n'y fait pas beaucoup d'attention.

Dans la premiere Edition de ce Traité, *pag.* 99. j'ai dit, que l'hémorrhagie, dont l'Opération Laterale eſt quelquefois ſuivie, avoit paru une difficulté ſi conſidérable, que pour cela ſeul cette Opération avoit été ſupprimée dans les Hôpitaux de France par un Edit du Roi. J'ai appris depuis, que je m'étois trompé en cela, & que l'Opération Latérale avoit été ſeulement défendue *à la Charité* par Monſieur *Maréchal*, premier Chirurgien du Roi, & Inſpecteur de la Pratique de Chirur-

gie de cet Hôpital. Maintenant quelles furent les raisons qui le porterent à y défendre cette méthode, après qu'elle eut été pratiquée durant toute une saison avec succès; c'est ce que je n'entreprendrai pas de décider.



TABLE DES CHAPITRES.



TRAITÉ

Des Opérations de Chirurgie.



TRAITÉ



TRAITÉ DES OPÉRATIONS DE CHIRURGIE.

INTRODUCTION: Sur la Nature & le Traitement des Plaies, des Abſcès & des Ulceres.

CHAPITRE I.

Des Plaies.



POUR bien entendre la nature & le traitement des Plaies, parmi les divers accidens auſquels elles ſont ſujettes, il eſt à propos de ſçavoir

premiérement les Phénomenes qui arrivent durant la guérison d'une grande Plaie, lorsqu'elle a été faite par un instrument tranchant, & que le tempérament du malade est bon.

Dans cet état les vaisseaux sanguins, aussitôt qu'ils sont ouverts, saignent abondamment, & continuent ainsi, jusqu'à ce qu'ils soient refermés, soit par le secours de l'Art; soit parce qu'au bout d'un certain tems, se contractant & se retirant d'eux-mêmes au-dedans de la Plaie, leurs extrémités se bouchent par des caillots de sang.

L'Hémorrhagie étant arrêtée, la premiere chose qui arrive ensuite, c'est que dans l'espace d'environ vingt-quatre heures la Plaie rend une humeur claire & séreuse, qui augmente un jour ou deux après, mais qui est alors un peu épaisse & de mauvaise odeur. Cette matiére continue à couler pendant deux ou trois jours sans aucune altération considérable; après quoi elle devient plus épaisse & moins puante; & lorsque le fond de la Plaie se rem-

plit de petits grains de chair, elle coule en moindre quantité, & va toujours ainſi en diminuant, juſqu'à ce que la Plaie ſoit entiérement fermée.

Le premier état de la guériſon, c'eſt-à-dire, lorſque la matiére coule, eſt appellé par les Chirurgiens *Digeſtion* ou *Suppuration* : Le ſecond, qui eſt celui où la Plaie ſe remplit de chair, eſt appellé *Incarnation* : Le dernier, qui eſt celui où elle ſe ferme, *Cicatriſation.* Ce ſont là les termes d'Art les plus en uſage, & ils ſuffiſent pleinement pour décrire l'état des Plaies, ſans s'embarraſſer des autres ſou-diviſions qui ſe voyent ordinairement dans les Livres.

Il eſt remarquable que la perte d'une partie du corps ne ſçauroit être réparée que par les Fluides qui ſont propres à cette partie. Et comme dans un os caſſé, le Calus eſt produit par les extrémités de la fracture, ainſi dans une Plaie la Cicatrice vient uniquement de la circonférence de la peau. C'eſt pour cette raiſon, qu'il eſt néceſſaire de maintenir la ſurface

de la Plaie unie, ſoit par la compreſſion, ſoit par des remedes rongeans, afin que l'élévation des chairs ne réſiſte pas aux fibres de la peau, qui tendent à recouvrir la Plaie. Cette élévation eſt compoſée de petits points ou grains charnus, qu'on nomme *chair fongueuſe* ou *baveuſe*, & qu'on regarde ſouvent comme une mauvaiſe choſe, quoique réellement elle accompagne toujours les Plaies qui tendent à guériſon. Car quand elles ſont unies, & n'ont pas de diſpoſition à pouſſer des chairs au-deſſus de leurs lévres, elles guériſſent lentement, & il eſt très-difficile de les amener à cicatrice.

Ainſi puiſque la chair fongueuſe n'empêche la guériſon qu'à cauſe de ſa trop grande abondance, & que toutes les Plaies ſe cicatriſent par leur circonférence, on ne doit pas détruire cette chair fongueuſe, chaque fois qu'elle s'éleve, mais ſeulement ſes bords, près des extrémités de la peau; ce qui peut s'executer par de doux eſcarotiques, tels que la charpie trempée dans une légere diſſolution de

Vitriol, ou le plus ſouvent par l'uſage ſeul de la charpie ſéche, & un bandage ferme : ce qui ſuffira pour réduire au niveau la chair fongueuſe, ſi on l'applique avant qu'elle ait acquis trop d'accroiſſement.

Dans les grandes Plaies il eſt inutile d'appliquer les remedes corroſifs ſur toute leur ſurface, parce que la chair fongueuſe ne s'éleve qu'à une certaine hauteur, lorſqu'elle eſt abandonnée à elle-même, & qu'elle s'y éleve ſouvent, malgré le fréquent uſage des corroſifs qui la détruiſent.

Or comme tout l'avantage qu'on peut recueillir de tels remedes, eſt uniquement d'applanir ſes bords, on en viendra également à bout en ſe contentant de les tenir aſſujettis, & on évitera beaucoup de peines, que donneroit la répétition continuelle des eſcarotiques.

Quand je dis que la perte d'une partie doit néceſſairement être reparée par les mêmes fluides qui compoſoient auparavant cette partie, j'entens cela dans la ſuppoſition que la nouvelle

formation ſoit de même ſubſtance que la partie bleſſée, comme le calus eſt par rapport à l'os, & la cicatrice par rapport à la peau : car généralement parlant un vuide ne ſe remplit que d'une ſeule eſpéce de chair, quoiqu'il y eût dans cet endroit, avant la bleſſure, différentes ſortes de ſubſtances, ſçavoir celle de la Membrane adipeuſe, de la Membrane des Muſcles, & celle du Muſcle même.

De plus ſi nous raclons ou ſi nous perçons un os, il s'y trouve certains vaiſſeaux bleſſés qui pouſſent une chair, laquelle ſert à recouvrir l'os; & après les fractures du crane, lorſque la ſurface du cerveau eſt endommagée, & qu'une partie des membranes & des os eſt emportée, toute la cavité ſe remplit par une ſubſtance uniforme qui eſt à peu près de même eſpece, & qui croît juſqu'à ce qu'elle arrive à fleur de la peau, laquelle s'étend par-deſſus pour achever la guériſon.

C'eſt pour cela qu'après la conſolidation des Plaies, qui étoient à la

ſurface d'un os, la cicatrice eſt adhérente à cet os, & que la parfaite diſtinction des parties ne ſubſiſte plus. Néanmoins ſi la Plaie eſt d'une certaine grandeur, l'adhérence qui ſuivra la guériſon, ne ſera pas auſſi étendue qu'étoit la Plaie, mais ſeulement autant que la cicatrice, qui eſt toujours plus petite que l'inciſion; parce que la guériſon ne conſiſte pas ſeulement dans la formation d'une nouvelle matiere, mais encore dans l'allongement des fibres de la peau d'alentour & de la chair vers le centre de la Plaie, laquelle en eſt recouverte dans plus ou moins de tems, & en plus ou moins grande quantité, à proportion de leur relâchement. Car la cicatrice ne commence à ſe former que quand les fibres ſont incapables de s'étendre davantage: de-là l'utilité de conſerver beaucoup de peau dans les amputations.

Par tout ce qui a été dit ſur le progrès d'une Plaie faite par un inſtrument tranchant, lorſqu'il n'y a point de mauvaiſe diſpoſition du corps, nous

voyons, que la guérison s'opére sans aucune interruption, sinon de la part des chairs fongueuses. Ainsi le principal devoir du Chirurgien consiste à bien faire attention à ce point, & à n'appliquer sur le mal que des choses qui soient le moins contraires au train ordinaire de la Nature, & qui agissent le moins sur la surface de la Plaie.

Conformément à cette maxime, nous trouvons que la simple charpie sêche est généralement le meilleur reméde pendant tout le cours du traitement. D'abord elle arrête le sang d'une maniere moins nuisible que ne font les poudres ou les eaux styptiques; ensuite en absorbant la matiere, qui au commencement de la suppuration est claire & acre, elle devient une espéce de digestif. Pendant que la Plaie s'incarne, on ne sçauroit rien appliquer de plus doux entre le bandage & les petits grains de chair tendre, & en même-tems elle tient lieu d'une douce compresse sur les chairs fongueuses qui s'élévent.

Par dessus la charpie sêche on peut

mettre un plumasseau de filasse chargé de quelque onguent adoucissant, qu'il faut renouveller chaque jour, & maintenir en situation au moyen d'un bandage qui ne soit pas trop serré. Mais dans toutes les grandes Plaies le premier pansement, après celui qui suit immédiatement l'accident, ou l'opération, ne doit se faire qu'au bout de trois jours, lorsque le pus étant formé, la charpie se sépare plus aisément de la partie; & en l'ôtant il ne faut user d'aucune violence, mais enlever seulement ce qui ne tient pas ferme, & qui se détache sans douleur.

Il paroîtra peut-être surprenant que je ne recommande aucun de ces Onguens digestifs, ou incarnatifs, qui ont eu autrefois tant de réputation pour leur vertu dans toutes sortes de Plaies.

Mais comme le but des remédes est de réduire la Plaie dans un état naturel, c'est-à-dire dans une disposition prochaine à la guérison, qui est l'état où je l'ai déja supposée, l'intention que l'on a en employant ces sortes de to-

piques, ſe trouve remplie; & à d'autres égards la charpie ſèche vaut mieux, comme on peut voir par ce que j'ai dit de ſes utilités.

Ce n'eſt pas qu'il n'y ait beaucoup de cas où différens tropiques peuvent avoir lieu : mais c'eſt quand les Plaies ſont accompagnées de diverſes circonſtances, que je ne ſuppoſe pas dans celles dont j'ai parlé : quoique celles-là-même, lorſqu'au moyen des remédes on les a miſes en bon état, doivent être traitées enſuite de la même façon, comme on le comprendra mieux par le Chapitre ſuivant, dans lequel je parlerai plus en détail du panſement des Plaies.



CHAPITRE II.

Des Inflammations & des Abſcès.

COMME preſque tous les Abſcès ſont une ſuite des Inflammations, & que celles-ci ont différentes maniéres de ſe terminer, ſuivant qu'elles ſont diverſement compliquées avec d'autres déſordres, il eſt bon avant toute choſe d'examiner un peu leur diſpoſition.

Les Inflammations de quelque cauſe qu'elles viennent, ſe terminent de trois manieres, par réſolution, par ſuppuration, ou par gangrêne. On dit toujours que le Skirrhe qui ſuit l'inflammation d'une glande eſt une quatriéme maniére; mais je crois que c'eſt improprement, puiſque cela n'arrive jamais, ou n'arrive que rarement, ſi ce n'eſt quand il y a vérole, écrouelle ou cancer; & alors le Skirrhe vient avant l'inflammation, & non après; la tumeur paroiſſant toujours quelque

tems avant le changement de couleur.

Mais quoique chaque eſpéce d'inflammation ſe termine quelque fois de différentes maniéres, on peut toûjours néanmoins conjecturer probablement quelle en ſera l'iſſue, en faiſant attention à l'état de la ſanté du malade. Ainſi les inflammations légeres qui viennent pardeſſus des rhumes, & ſans aucune indiſpoſition précédente, ſe réſoudront ſelon toute apparence. Celles qui ſuivent de près une fiévre, ou qui arrivent à des corps replets, ſuppurent ordinairement: & celles qui attaquent les perſonnes fort agées, ou les hydropiques, tournent très-aiſément en gangrêne.

Lorſque l'inflammation eſt telle qu'on peut entreprendre ſurement de la réſoudre, un très-bon moyen pour cela c'eſt d'employer les ſaignées copieuſes & les purgations réiterées. La partie malade doit être fomentée deux fois par jour; & ſi la peau eſt fort tendue, on pourra y faire des embrocations avec trois parties d'huile roſat & une partie de vinaigre commun mê-

lées ensemble, & la couvrir ensuite d'onguent de fleurs de Sureau, ou d'un onguent adoucissant fait avec de la cire blanche & de l'huile, qu'on étendra sur un morçeau de linge fin, mettant pardessus un bandage modérement serré.

Je sçais que presque tous les Chirurgiens défendent d'appliquer sur la peau enflammée aucunes matiéres grasses, dans la supposition qu'elles bouchent les pores, & empêchent par ce moyen la libre transpiration des fluides, que l'on s'imagine être une des voies par lesquelles l'inflammation se dissipe. Si ce raisonnement est fondé sur l'expérience, ou uniquement sur la théorie, c'est ce que je ne vois pas clairement : mais ce que je crois très-certain, c'est que les inflammations abandonnées à elles-mêmes, deviennent souvent dures & douloureuses, lesquelles cependant peuvent être adoucies par quelque reméde propre à leur donner de la mollesse & de la fléxibilité ; ensorte qu'il ne paroît pas que les remédes relâchans soient un

obstacle à la résolution.

Néanmoins, afin de garder un milieu, on peut établir pour regle dans les inflammations du visage, que l'on estime très-dangereuses, de ne rien employer de plus huileux que le lait chaud, avec lequel il sera bon de fomenter cette partie cinq ou six fois le jour.

Si après quatre ou cinq jours l'inflammation commence à diminuer, on pourra purger en se servant simplement des eaux purgatives & de la manne, & omettre alors les embrocations d'huile & de vinaigre; ou même plutôt, si elles ont déja commencé d'excorier la partie. L'onguent de cire & d'huile peut se continuer jusqu'au bout; ou si, vers la fin du traitement, la démangeaison de la peau est incommode, on y remediera encore mieux par l'application du *Nutritum*, qui est un onguent composé de parties égales de Diachylon, & d'huile douce, fondus à petit feu, & ensuite remués ensemble, en ajoutant un peu de vinaigre, jusqu'à ce que le tout soit refroidi.

Pendant le traitement il eſt abſolument néceſſaire d'uſer d'alimens légers, & dans le fort de l'inflammation la boiſſon d'une ptiſanne légere eſt d'une grande utilité.

Juſqu'à préſent j'ai ſuppoſé l'inflammation tellement en état de ſe réſoudre, que moyennant les ſecours convenables elle ſe terminoit en effet de cette maniere. Mais lorſque la tumeur réſiſte à tous les moyens qu'on emploie pour la réſoudre, alors il faut diſcontinuer toute évacuation, & aider de tout ſon pouvoir la nature à produire la ſuppuration.

Nous pouvons juger très-probablement qu'il ſe formera du pus, lorſque la fiévre ſymptomatique augmente, que la tumeur groſſit, que la douleur & le battement deviennent plus conſidérables; & s'il ſurvient un petit friſſon, la choſe n'eſt preſque pas douteuſe.

Les inflammations qui ſuccédent à la fiévre ou à la petite vérole, ſuppurent preſque toujours; mais elles découvrent incontinant leur diſpoſition,

ou du moins elles doivent être d'abord traitées doucement, comme si on attendoit une suppuration.

C'est une maxime établie en Chirurgie, que les évacuations sont pernicieuses dans toutes les circonstances d'une maladie qui doit se terminer par suppuration. Mais comme les Médecins conviennent aujourd'hui, que la saignée en certaines occasions dans la petite vérole non seulement n'empêche pas, mais avance au contraire la maturation; ainsi dans la formation des Abscès, quand les vaisseaux ont été surchargés, & que la suppuration n'est pas fort avancée, la saignée l'a quelquefois extrêmement hâtée. Cette pratique néanmoins doit être suivie avec précaution. Il est hors de doute que les purgatifs ne conviennent pas alors. Cependant si le malade est resserré, il faudra lui donner de deux en deux, ou de trois en trois jours des lavemens emolliens.

De tous les topiques inventés pour avancer la suppuration, il n'en est point de si commodes que les cataplasmes.

plaſmes. Mais comme il y a certaines tumeurs qui ſuppurent fort lentement & qui ſont preſque ſans douleur, par exemple quelques tumeurs écrouelleuſes, il ſera plus à propos de ſe ſervir d'emplâtres avec les gommes, que l'on renouvellera ſeulement tous les quatre ou tous les cinq jours. Entre les cataplaſmes ſuppuratifs il n'en eſt peut-être aucun de préférable à celui de mie de pain & de lait, adouci avec l'huile; du moins la pratique ne montre pas qu'aucun autre ſoit meilleur.

L'uſage des emplâtres ſuppuratifs dans les Abſcès qui viennent promptement à maturité, ou dans les inflammations des perſonnes foibles ou hydropiques, n'eſt nullement à conſeiller: car outre qu'ils fatiguent d'ordinaire la partie malade, ils cauſent ſouvent de la douleur, quand on veut les ôter pour examiner l'état de la tumeur, & en la comprimant ils augmentent, dans les mauvais tempéramens, la diſpoſition qu'elle a à tomber en mortification.

On peut appliquer deux fois par jour le cataplaſme ſur l'Abſcès, juſqu'à ce qu'il ſoit aſſez mûr pour être ouvert; ce qui ſe connoîtra par le peu d'épaiſſeur & l'élévation de la peau dans un endroit, par la fluctuation de la matiére, & ordinairement par une diminution de douleur, qui a précédé ces ſymptômes.

Je décrirai la maniére d'ouvrir un Abſcès après que j'aurai parlé de la gangrêne, qui eſt une autre ſuite de l'inflammation.

Voici les ſignes de la gangrêne. La partie enflammée perd ſa rougeur, & devient brune & livide; la peau n'a plus de tenſion, & en la touchant on la ſent mollaſſe & emphyſemateuſe; elle ſe couvre de phlyctênes remplies d'une ſéroſité de différentes couleurs; la tumeur s'affaiſſe, & de brune qu'elle étoit, elle prend une couleur noire; le pouls eſt plus fréquent & plus foible; il ſurvient des ſueurs abondantes, qui à la fin deviennent froides, & le malade meurt.

De quelque cauſe que procéde la

mortification, la méthode du traitement pour en arrêter le progrès, eſt à peu près la même, excepté dans celle qui eſt produite par le froid : car en ce cas-là on doit prendre garde de ne pas échauffer trop ſoudainement la partie, s'il eſt vrai que dans les pays du Nord on voit tous les jours des gangrênes cauſées par ce moyen, leſquelles il auroit été aiſé de prévenir en évitant la chaleur. La crainte que l'on a du danger d'une chaleur ſubite, va même ſi loin dans ces pays-là, que l'on couvre d'abord la partie de neige, qui ne manque guére, à ce que l'on dit, d'empêcher toute mauvaiſe ſuite. Mais je croirois volontiers qu'il y a un peu de prévention dans cette maniére de traiter.

La méthode de ſcarifier dans la gangrêne en faiſant pluſieurs inciſions juſqu'au vif, eſt preſque univerſelle ; & je penſe que c'eſt avec raiſon, puiſque non ſeulement cela dégage la partie, & la décharge d'une ſéroſité nuiſible ; mais encore donne lieu aux remédes topiques d'agir avec toute la

force dont ils ſont capables. Tous les Chirurgiens n'emploient pas les mêmes. Pour moi je crois que dans le panſement des ſcarifications rien n'eſt préférable aux digeſtifs mêlés avec l'huile de térébenthine; & pardeſſus on peut couvrir toute la partie de Thériaque, dont il faut auſſi faire uſage au commencement de la gangrêne, avant qu'il ſoit néceſſaire de ſcarifier.

Quelques uns prétendent avoir très-bien réuſſi à arrêter des gangrênes, en ſe ſervant de la lie de forte bierre mêlée avec du pain & du gruau d'avoine. Mais il n'y a peut-être aucun fait dont on puiſſe moins conclure que de la ceſſation de la gangrêne; puiſque parmi les Pauvres qu'on apporte dans les Hôpitaux, nous voyons cela arriver très-ſouvent ſans aucun ſecours de l'art. Il eſt certain néantmoins qu'on peut emploier utilement les fomentations ſpiritueuſes, & panſer comme j'ai dit ci-deſſus; ce qu'il faut faire deux fois le jour.

Les remédes intérieurs ne ſont pas moins utiles, & ils doivent être du

genre des cordiaux ; quoiqu'aujourd'hui beaucoup de Chirurgiens ordonnent le Quinquina comme le souverain reméde dans cette maladie. Après que l'escarre est séparée, la plaie devient un ulcere ordinaire, & doit être traitée comme tel.

Il y a deux maniéres d'ouvrir un Abscès, l'une par l'incision, l'autre par le caustique. Mais l'incision est préférable dans la plûpart des cas. Dans les petits Abscès il est rarement nécessaire de dilater au-delà de ce qui s'est fait en les ouvrant dans leur longueur avec la pointe de la lancette ; & pour les grands Abscès, où il n'y a pas beaucoup de peau qui ait changé de couleur & qui soit devenue mince, on se trouvera ordinairement bien de les ouvrir dans toute leur longueur ; ou s'il y a beaucoup de peau qui soit amincie & dont la couleur soit changée, il faut en emporter un morceau en rond ou en ovale. Cette opération étant exécutée adroitement avec le bistouri, est beaucoup moins douloureuse qu'avec le caustique, & met tout d'un coup

à découvert une grande étendue de l'Abſcès, qui peut ainſi être panſé juſqu'au fond, & ſe décharger aiſément du pus ; au lieu qu'après l'uſage du cauſtique, malgré les inciſions que l'on fait à l'eſcarre, le pus ne laiſſe pas de demeurer un peu renfermé ; & l'on n'a pas l'avantage de panſer comme il faudroit, juſqu'à ce que l'eſcarre ſe ſoit ſéparée ; ce qui demande ſouvent un tems conſidérable, & doit néceſſairement retarder la guériſon. D'ailleurs la douleur que cauſe le cauſtique pendant deux ou trois heures qu'il lui faut ordinairement pour produire ſon effet, attire une fluxion ſur la peau qui environne l'eſcarre, laquelle en rend quelquefois la guériſon beaucoup plus difficile.

Dans l'uſage des cauſtiques il n'eſt que trop commun d'en appliquer un petit ſur la partie la plus éminente d'une groſſe tumeur ; & comme il ne donne pas aſſez d'eſſor à la matiére, & que l'ouverture ſe rétrecit peut-être bientôt après, on ſe trouve dans la néceſſité d'employer les tentes : & ces

deux circonſtances cauſent plus ſouvent des fiſtules après un Abſcès, que ne ſçauroit faire aucune malignité de l'Abſcès même. La même choſe arriveroit encore plûs ſurement par une petite inciſion : mais je vois que les Chirurgiens ne faiſant pas tant de fond ſur les petites ouvertures par l'inciſion que par le cauſtique, ont généralement ſoin, quand ils emploient le biſtouri, de dilater ſuffiſamment ; au lieu qu'avec le cauſtique ils ſe contentent pour l'ordinaire d'une petite ouverture à la partie la plus baſſe de la tumeur.

Comme donc la méthode de faire de petites ouvertures, quand il s'agit d'évacuer beaucoup de pus rend preſque toujours le traitement long & ennuyeux ; que très-ſouvent elle oblige de dilater à la fin ; que quelquefois elle produit l'effet pernicieux dont j'ai fait mention ci-devant, & occaſionne même la carie des os voiſins ; j'ai cru qu'il ne ſeroit pas inutile de ſe précautionner contre cette pratique.

La méthode d'appliquer indiffé-

remment des caustiques sur toutes sortes d'Abscès, se trouve souvent dans le même cas de retarder la guérison, & cela par une raison absolument contraire à celle que j'ai donnée auparavant. Car comme dans les grandes tumeurs on met rarement une suffisante étendue de caustique, & que la matiére, faute d'une ouverture convenable, coule pendant long-tems; de même dans les petites tumeurs les caustiques font une plus grande ouverture qu'il n'est besoin; & par conséquent sont cause que la plaie demeure bien plus long-tems à guérir.

J'avoue que la disposition des Abscès à se remplir de chair, après que le pus est évacué, est fort différente; puisqu'il s'en trouve de grands, qui se remplissent très-bien, après une simple piqure de lancette; pourveu que l'ouverture soit faite dans un endroit qui ait de la pente, & qu'on puisse appliquer un bandage convenable. Mais si l'on entreprend jamais d'ouvrir ainsi, ce doit être dans les Abscès du visage, où il faut avoir plus de soin d'éviter

viter

viter la difformité d'une cicatrice que par tout ailleurs; & où vraiſemblablement cette méthode réuſſira mieux, à cauſe de la ſituation du mal. Car c'eſt une maxime en Chirurgie, que les Abſcès & les Ulcéres ont plus ou moins de diſpoſition à guérir, ſuivant qu'ils occupent un endroit du corps plus haut ou plus bas. Néanmoins dans les Abſcès du viſage, ſi la peau eſt fort mince, il ſera toujours plus ſûr d'ouvrir dans ſa longueur, que de ſe fier à une ſimple piqure.

Suivant ce que nous venons de dire touchant la méthode d'ouvrir les Abſcès; il paroît qu'il n'eſt pas ſouvent néceſſaire d'appliquer des cauſtiques. Cependant ils ont leurs avantages à certains égards, & ordinairement ils épouvantent moins les malades que le biſtouri, quoiqu'ils ſoient communément plus inſupportables. Ils ſont d'un très-grand uſage dans les cas où la peau eſt mince & enflammée, & où l'on a ſujet de croire, que la malignité de l'Abſcès eſt de nature à empêcher les chairs de croître prompte-

ment. Alors si l'on se contentoit d'une simple incision à la peau, il se formeroit souvent de petits sinus, & les lévres de l'Abscès demeurant lâches & mollasses deviendroient calleuses, & retarderoient la guérison, nonobstant que l'on eût corrigé la malignité de la Plaie. De ce genre sont les Bubons Vénériens; & quoiqu'ils guérissent souvent par l'incision seule, néanmoins lorsque la peau est dans l'état que j'ai supposé, le caustique est toujours préférable, comme j'ai eu plusieurs occasions de m'en convaincre.

Il faut observer que je borne cette méthode aux Bubons Vénériens; car ceux qui succédent à une fiévre, ou à la petite Vérole, guérissent pour la plûpart au moyen de la simple incision.

Il y a beaucoup de tumeurs écrouelleuses sur lesquelles il faut raisonner tout comme sur les vénériennes. Et même dans les grosses tumeurs, où j'ai recommandé l'incision, si le malade ne veut pas s'y soumettre, & que le Chirurgien appréhende quelque dan-

ger en bleſſant un gros vaiſſeau, ainſi qu'il arrive quelquefois en ſe ſervant du biſtouri, quoiqu'on puiſſe promptement en faire la ligature; cependant comme cet inconvenient peut s'éviter par le cauſtique, on peut alors l'employer. Mais quand l'eſcarre eſt faite, je crois qu'il faut l'emporter preſque toute; ce qui ne ſera pas douloureux pour le malade, & donnera à la matiére une iſſue bien plus facile qu'elle n'auroit par des incisions à l'eſcarre. Quant aux tumeurs écrouelleuſes du col & du viſage, à moins qu'elles ne ſoient fort groſſes, on ne doit point y employer les cauſtiques, parce que dans ces endroits-là elles guériſſent avec le tems, après l'incision.

Les cauſtiques ſont d'une grande utilité pour détruire les duretés ſcrofuleuſes & opiniâtres des glandes; & pareillement les duretés vénériennes des glandes de l'aine, qui ne veulent ni ſe réſoudre, ni ſuppurer; comme auſſi pour découvrir les os cariés, & faire de grands cautéres. Le meilleur cauſtique dont on ſert, eſt la pierre à

cautére pulvérifée & réduite en pâte avec du favon. (a) Il faut l'empêcher de s'étendre plus qu'on ne voudroit. Pour cela on fait une ouverture dans un morceau d'emplâtre agglutinatif, à peu près auffi grande que l'on veut que foit l'efcarre; & ayant appliqué l'emplâtre fur la partie, on met le caustique dans l'ouverture, & on l'affujettit par de petites piéces d'emplâtre, qu'on place autour de fes bords, & un grand morceau, dont on couvre le tout.

Quand la tumeur eft ouverte, ou les os expofés à la vûe, il faut emporter l'efcarre fur le champ, ou le lendemain; car fi on attend qu'elle fe fépare d'elle-même, on ne réuffit pas dans le deffein que l'on a de faire une ouverture profonde; d'autant que les nouvelles chairs qui pouffent pardeffous, enlevent l'efcarre, & en mêmetems rempliffent la cavité; après quoi l'on fe trouve obligé de la refaire de nouveau par des efcarotiques qui caufent bien de la douleur.

(a) Le favon dont on fe fert en Angleterre pour cet ufage, eft de la confiftence d'un onguent.

Pour faire un cautére, ou pour découvrir un os, on peut laiſſer le cauſtique environ quatre heures; pour détruire une groſſe glande, cinq ou ſix heures; pour ouvrir un Abſcès, une heure & demie, deux, ou bien trois heures, ſuivant l'épaiſſeur de la peau. Ce qui eſt très-remarquable, c'eſt que malgré ſa force & ſon action ſoudaine, il ne cauſe ſouvent aucune douleur quand la peau n'eſt pas enflammée; comme il arrive quand on fait un cautere, ou qu'on ouvre certains Abſcès.

Juſqu'à préſent j'ai ſuppoſé le Chirurgien avoir la commodité d'ouvrir la tumeur dans le tems le plus convenable, c'eſt-à-dire lorſque la peau eſt mince, & la fluctuation du pus très-ſenſible. C'eſt ce tems-là qu'il faut toujours attendre pour l'opération, malgré ce que diſent quelques-uns, que les Abſcès critiques doivent être ouverts avant que la ſuppuration ſoit parfaite, afin de donner jour plus promptement à la matiere nuiſible qui fait la maladie. Mais en hâtant ainſi l'opéra-

tion, on manque ſon but, parce qu'il ne s'amaſſe que peu de matiere dans l'Abſcès juſqu'à ce qu'il ſoit arrivé à ſa maturité; de plus l'Ulcére devient enſuite ſordide, & ſe trouve moins en état de guérir.

Quand un Abſcès s'eſt ouvert de lui-même, la ſonde doit guider pour ſçavoir où il faut dilater; & les mêmes regles doivent s'obſerver par rapport au degré de dilatation, que dans l'autre cas. On ſe ſert ordinairement pour cette opération de ciſeaux à bouton; & même dans tous les Abſcès la plûpart des Chirurgiens emploient les ciſeaux, après avoir fait d'abord une piqure avec la lancette. Mais comme le biſtouri opére beaucoup plus promptement, & avec moins de violence ſur les parties, que les ciſeaux, qui ſerrent en même-tems qu'ils bleſſent, on épargnera bien de la douleur au malade, en ſe ſervant du biſtouri par tout où cela eſt praticable; & c'eſt dans preſque tous les cas, excepté dans quelques fiſtules à l'Anus, où les ciſeaux conviennent mieux.

La façon d'ouvrir avec le biſtouri, eſt de le faire gliſſer ſur une ſonde crénelée, dont la rainure l'empêche de s'écarter du droit chemin. Si l'orifice de l'Abſcès eſt trop étroit pour admettre la ſonde crénelée ou la lame des ciſeaux, il faut l'élargir avec une tente d'éponge, qui ſe fait en trempant un morceau d'éponge ſeche dans de la cire fondue, & la preſſant tout de ſuite entre deux morceaux de tuile ou de marbre, pour en exprimer autant de liqueur qu'il eſt poſſible. Il arrive de là que l'éponge qui eſt naturellement lâche, & qui eſt réduite en petit volume par la compreſſion, étant introduite dans l'Abſcès, la chaleur de la partie fond le reſte de cire qui y tient encore; & l'éponge en abſorbant l'humidité de l'Abſcès, s'étend, & par ce moyen élargit l'orifice, mais ſeulement peu à peu, & avec très-peu de douleur.

La méthode ordinaire dans le premier panſement d'un Abſcès, eſt d'employer uniquement la charpie ſeche; ou s'il ne coule pas de ſang, les digeſ-

tifs étendus ſur la charpie. Lorſqu'il n'y a pas à craindre que la partie ſupérieure de la Plaie ſe réuniſſe trop tôt, il ſuffit de mettre dans la cavité de l'Abſcès des bourdonets qui ne ſoient pas ſerrés les uns contre les autres. Mais ſi l'Abſcès eſt profond, & la plaie étroite, comme il arrive quelquefois dans les Abſcès de l'Anus, il faut tamponner modérement avec de la charpie; afin d'avoir enſuite l'avantage de panſer juſqu'au fond, ſans ſe ſervir de tentes, qui ſont aujourd'hui preſque univerſellement décriées, quoiqu'elles ne ſoient encore que trop employées par ceux-mêmes, qui paroiſſent le plus les condamner: tant il eſt difficile de ſe convaincre du pouvoir réel de la nature dans la guériſon des Plaies.

Autrefois on vantoit beaucoup le mérite des tentes; on croyoit alors abſolument néceſſaire de tenir pendant un tems conſidérable les Plaies ouvertes, afin d'évacuer un prétendu poiſon que l'on imaginoit dans le corps. On ſuppoſoit auſſi qu'elles étoient utiles pour porter les ſuppuratifs con-

venables ou les incarnatifs jusqu'au fond de l'Abscès ; & de plus, qu'en absorbant le pus, elles entretenoient la netteté de la Plaie, & la disposoient à guérir. Mais ce raisonnement est regardé aujourd'hui comme ne prouvant rien du tout.

Les Chirurgiens sçavent présentement qu'une Plaie ne sçauroit guérir trop vîte, pourveu que dès le fond il croisse une chair ferme. Ils sont encore très-persuadés par ce qu'ils voyent arriver aux Plaies où l'on n'applique aucuns remédes, que la nature pousse d'elle-même de nouvelle chair, & que toute compression l'interrompt.

Quant à l'idée des tentes qui absorbent le pus que l'on estime contraire à la guérison ; bien loin d'être utiles en cela, elles sont au contraire très-pernicieuses. En effet si le pus est malfaisant de sa nature, elles ont beau l'absorber, elles ne laissent pas de l'appliquer à chaque endroit du Sinus ; & s'il est nuisible par sa quantité, elles sont préjudiciables en ce qu'elles l'en-

ferment dans l'Abſcès, & empêchent l'iſſue qu'il trouveroit, ſi les panſemens n'étoient que ſuperficiels. Mais la vérité eſt, qu'un pus bien conditionné ne nuit jamais aux Plaies par rapport à ſa qualité. C'eſt pourquoi les Chirurgiens ne doivent pas être ſi ſoigneux d'eſſuyer exactement les Plaies, quand elles ſont tendres & douloureuſes.

Une preuve que les tentes empêchent plutôt qu'elles n'aident la guériſon, c'eſt ce que nous voyons arriver à un cautére où l'on met un pois. Ce corps étranger, par la compreſſion qu'il cauſe, tient la Plaie ouverte, comme font les tentes : & ſi l'on trouve des exemples de Plaies qui guériſſent très-bien, nonobſtant l'uſage des tentes ; il y a auſſi des cautéres, qui ſe ferment, malgré toutes les meſures que l'on prend pour maintenir un pois dans leur cavité.

En un mot les tentes dans les Plaies, en s'oppoſant à l'accroiſſement des petits grains de chair, les durciſſent à la longue ; & de cette maniere produi-

ſent une fiſtule. Ainſi au lieu de s'en ſervir pour guérir un Abſcès, on ne doit jamais les employer que quand on a deſſein de retarder la cicatriſation de la Plaie extérieure; excepté dans quelques petits Abſcès étroits, où elles tiennent lieu de bourdonnets, & n'empêchent pas les chairs de croître au fond, pourveu qu'elles ne ſoient ni trop groſſes, ni pouſſées de force. Mais alors il faut avoir ſoin de ne pas les enfoncer beaucoup plus profondement que la peau, & de les renouveller deux fois le jour, pour donner iſſue au pus qu'elles renferment.

Quelquefois elles ſont utiles dans les grands Abſcès, particuliérement des mammelles, où la matiere ne ſçauroit ſe décharger par l'ouverture qui a déja été faite, & néanmoins ne s'avance pas ſuffiſamment d'un autre côté, pour qu'on puiſſe y faire une ouverture, quoiqu'elle montre aſſez où elle tend, ſi elle eſt un peu reſſerrée. Dans cette occaſion une tente qui bouche l'orifice, oblige le pus de ſe jetter vers la partie diſpoſée à le rece-

voir, & indique l'endroit pour une contr'ouverture. Mais où les tentes font le mieux, c'eſt dans les petits Abſcès profonds, d'où il faut déloger des corps étrangers, comme de petites eſquilles d'os, &c.

L'uſage des injections vulneraires dans les Abſcès, reſſemble ſi fort à celui des tentes, que ſi l'un eſt mauvais, l'autre ne peut manquer de l'être pareillement. On a dit en faveur des injections, que dans les Abſcès profonds, où l'on ne ſçauroit appliquer aucun onguent, elles faiſoient ſuppurer, mondifioient la cavité, & corrigeoient la malignité du pus. Mais comme elles élargiſſent ſouvent les parties d'un Abſcès, & en quelque façon relâchent trop la chair nouvelle qui s'y engendre, elles ſont tellement nuiſibles, qu'elles conviennent à peine dans aucun cas. Cependant un des grands maux qu'ont fait les injections & les tentes, a été de perſuader fauſſement aux Chirurgiens, qu'en quelque endroit que leurs remédes fuſſent appliqués, le mal guériſſoit; & ſur ce

mauvais principe ils ont négligé de dilater les Abſcès, qui après avoir été traités de la ſorte, ſont demeurés incurables, & n'auroient pas laiſſé, faute d'être évacués, de demeurer ſouvent tels, quand même ils auroient été panſés plus ſuperficiellement.

Dans le panſement des Plaies c'eſt l'ordinaire d'appliquer les remedes chauds, dans la ſuppoſition que les onguents étant chauds ont plus de vertu pour procurer la ſuppuration, que lorſqu'ils ſont froids. Mais comme tout remede arrive bientôt au même degré de chaleur que la partie où il eſt mis, ſoit qu'on l'applique chaud, ou froid, l'avantage de cette chaleur momentanée ne ſçauroit être que fort peu de choſe : & comme les bourdonnets trempés dans des onguens chauds ont des inconveniens, & même deviennent roides & douloureux, je crois qu'il vaut mieux les appliquer froids, ou peut-être en hyver un peu chauffés devant le feu, après qu'ils ſont couverts d'onguent ; obſervant, ſi l'Ulcére eſt inégal, de les faire petits, afin qu'ils s'appliquent exactement.

Par-dessus les bourdonnets on peut mettre un grand plumasseau de filasse chargé de Basilicum, lequel sera plus doux qu'un emplâtre défensif. Car quoique celui-ci ait été inventé pour défendre la circonférence des Plaies contre l'inflammation, ou la fluxion, il en est souvent la cause. Ainsi lorsqu'on a sujet de craindre ces accidens-là, il ne faut jamais assujettir ce qu'on applique sur les grandes Plaies, avec ces sortes d'emplâtres. En effet les emplâtres ne sont bons dans aucune sorte d'inflammation. C'est pourquoi je n'en ai recommandé aucun comme un résolutif convenable dans cette maladie.

On peut continuer à panser de la sorte, jusqu'à ce que les chairs ayent rempli la cavité; & alors on peut consolider avec la charpie sèche, ou avec quelque onguent cicatrisant; ayant soin, comme nous avons averti auparavant, d'empêcher la chair fongueuse de s'élever. Si on employe en qualité d'onguent dissicatif le Cerat *de Pierre Calaminaire*, il faut que cette pierre soit bien porphyrisée avant que

d'être mise dans le Cerat; autrement il seroit corrosif.

Dans le cours du pansement il est à propos d'avoir égard à la situation de l'Abscès, & de faire ensorte que la posture ordinaire du malade aide l'évacuation du pus. Il faut encore aider cette évacuation par le moyen d'une compresse & d'un bandage; & cela est plus utile que la vertu d'aucun onguent. La compresse peut être faite de plusieurs morceaux de linge ou d'emplâtre. Mais la derniére est quelquefois plus convenable, d'autant qu'elle demeure ferme sur la partie où elle est mise.

La fréquence des pansemens dépend de la quantité de matiére qui s'écoule. Panser une fois dans vingt-quatre heures, suffit ordinairement. Mais quelquefois il est nécessaire de le faire deux, & même trois fois. J'ai recommandé auparavant, de ne pas nettoyer trop scrupuleusement les Plaies. Il faut encore observer, qu'on ne doit jamais essuyer un Ulcére en passant par-dessus un morceau d'étou-

pe ou de linge; mais ſeulement en le touchant légerement avec de la charpie fine; ce qui eſt bien plus doux pour le malade. Quant aux parties d'alentour, on peut les eſſuyer exactement & d'une maniere plus rude, ſans aucun danger.

Je ne crois pas que l'air ait ſur les Ulcéres le mauvais effet qu'on lui attribue univerſellement. S'il étoit auſſi pernicieux qu'on veut le perſuader, on ne verroit pas de grands Abſcès dans les bêtes guérir ſi bien, quoiqu'ils ſoient ſouvent expoſés à l'air pendant tout le tems qu'ils durent. Néanmoins comme l'air eſt capable de produire une croute, & qu'en hyver il cauſe un peu de douleur aux chairs nouvelles, on doit panſer le plus vîte qu'on peut, ſans ſe précipiter. Une autre attention néceſſaire aux Chirurgiens dans le traitement des Abſcès, c'eſt de ne pas fouiller dans leurs cavités avec le doigt ou la ſonde, en toute occaſion; car cela les déchire, les empêche de ſe fermer, & par conſéquent de guérir.

CHAPITRE III.

Des Ulcéres.

QUAND une Plaie ou un Abſcès dégénéré, reſiſte à la méthode que j'ai enſeignée juſqu'ici, & n'a pas les conditions que doit avoir une Plaie qui eſt en état de guériſon, on l'appelle un Ulcére. Et comme ce nom eſt généralement pris du mauvais état de la Plaie ou de l'Abſcès, on a coutume de l'appliquer à d'autres maux qui ont quelque degré de malignité, quoique formés immédiatement, ſans avoir été précédés de Plaie ou d'Abſcès; tels ſont les Ulcéres Vénériens des Amygdales, &c.

Les Ulcéres ſont diſtingués par les déſordres particuliers qui les accompagnent. Mais il arrive rarement que ces maladies ne ſoient pas compliquées; & les regles que nous établiſſons pour traiter une ſorte d'Ulcére,

doivent, généralement parlant, être appliquées à presque tous les autres. Cependant les différences les plus remarquables sont, l'Ulcére calleux, l'Ulcére sinueux, l'Ulcére avec carie de l'os voisin. Les Chirurgiens en connoissent encore beaucoup d'autres, comme l'Ulcére sordide, l'Ulcére rongeant, l'Ulcére variqueux, &c. mais comme ils tirent tous leurs dénominations de quelque affection particuliere, je ne dirai de leur traitement que ce qui se trouve renfermé dans la méthode générale de traiter les Ulcéres.

Ce sera souvent en vain qu'on employera pour la guérison les topiques les mieux choisis; on ne sera rien, si en même-tems les remédes intérieurs ne viennent au secours. Comme beaucoup d'Ulcéres sont les effets d'une indisposition particuliere du corps; il sera difficile de les mettre en bon état, tandis que leur cause subsistera avec quelque degré de violence. Cependant ils servent quelque fois d'une décharge considérable d'humeurs pour

la maladie même, comme dans la peſte, la petite vérole, &c. Mais nous voyons que généralement dans la vérole, le ſcorbut, la ſuppreſſion des regles, l'hydropiſie, & dans pluſieurs autres maladies, il eſt néceſſaire de donner de puiſſans remédes internes. En effet on trouvera à peine aucun temperament, où un regime conforme aux loix de la Médecine ne facilite la guériſon des Ulcéres.

Ceux qui ſont carcinomateux ou écrouelleux ſemblent être ceux où la Médecine peut le moins. Car ſi dans leurs commencemens on vient quelquefois à bout de les adoucir conſidérablement, ou même de les guérir par la ſalivation, ou par quelque autre évacuation; ſouvent auſſi de tels remédes les irritent & les rendent pirs. C'eſt pourquoi on ne ſçauroit faire aucun fond ſur les effets des remédes violens dans ces maladies. D'un autre côté j'ai vu employer beaucoup d'altérans en différens ſujets; mais je n'ai pû remarquer aucun ſuccès extraordinaire.

Après tout je crois que dans ces deux cas la diéte laſtée, & les douces purgations avec la manne & les eaux minérales, ſont ce qu'il y a de meilleur. On peut nénnmoins dans les écrouelles ſe ſervir de remédes actifs avec plus de ſureté que dans le cancer. Quant aux remédes internes des autres maladies, il faut les apprendre dans les Livres de Médecine.

Lorſqu'un Ulcére devient ſordide, & qu'il rend une liqueur ſanieuſe, ſes bords à la ſuite du tems ſe replient en-dedans, ſe couvrent de peau & ſe durciſſent; c'eſt ce qui lui donne le nom d'Ulcére calleux. Tandis que les bords reſtent dans cet état, la guériſon eſt abſolument impoſſible. Cependant il ne faut pas les détruire auſſi-tôt, dans l'idée de procurer une prompte guériſon. Car tant que la malignité, qui a produit la calloſité, ſubſiſtera dans l'Ulcére, on aura beau détruire fréquemment la ſurface extérieure de ſes levres, il en reviendra de nouvelles, qui feront toujours de la même qualité. Ainſi quand on ſe

trouve en pareil cas, il faut travailler à mettre l'Ulcére en diſpoſition de guérir par d'autres moyens.

Il arrive quelque fois à de pauvres Ouvriers, qui n'ont pas été en état de ſe donner du repos, qu'étant enſuite obligés de garder le lit, cette ſituation détourne en peu de tems les humeurs de la partie ulcérée, & que les bords calleux ſe rammolliſſant, produiſent ſans grands ſecours une cicatrice, lorſque l'Ulcére eſt devenu net, & s'eſt rempli de bonne chair. La ſalivation produit ordinairement un effet pareil; & quelquefois même un cautére diſpoſe un Ulcére voiſin à la guériſon.

Mais quoique les calloſités ſe rammolliſſent ſouvent par ces moyens; néanmoins lorſque la ſurface de l'Ulcére commence à fournir une matiére épaiſſe, & qu'on voit pouſſer de petits grains d'une chair rouge; il eſt bon d'animer la nature, en détruiſant les bords de l'Ulcére, s'ils ſont encore durs. Le moyen pour cela, c'eſt de les toucher durant quelques jours avec

la pierre infernale, ou la pierre à cautére.

Il y a des Chirurgiens qui les emportent avec le bistouri. Mais cette derniere méthode est fort douloureuse, & je ne vois pas qu'elle soit plus efficace. Lorsque les bords ne sont pas repliés contre l'Ulcére, mais pendent lâchement par-dessus, comme dans quelques bubons vénériens, où la matiere s'étend considérablement sous les bords de la peau; alors la méthode la plus commode est de les emporter avec les ciseaux.

On a inventé une infinité d'onguens pour procurer à l'Ulcére une suppuration louable, lorsqu'il est dans un état de pourriture. Mais le Basilicum seul, ou joint à la terebenthine, ou mêlé avec le précipité rouge à différentes proportions, semble ne ceder à aucun autre onguent, quand il s'agit d'amener un Ulcére à cicatrice.

Lorsque l'Ulcére est incarné, la cure peut se finir comme celle des autres Plaies; ou s'il ne se cicatrise pas bien, on peut le laver avec l'eau

de chaux, ou l'eau phagedenique; ou bien le panſer avec un plumaſſeau trempé dans la teinture de myrrhe. S'il y a des excoriations autour de l'Ulcére, on pourra les oindre avec l'onguent de blanc de Baleine, ou avec le *Nutritum*.

Le précipité rouge a acquis depuis quelques années de la réputation pour la guériſon des Ulcéres, & il la merite. Mais comme on en fait un trop grand uſage, on l'applique ſouvent très-mal-à-propos. Quand il eſt mêlé avec le Baſilicum, ou ce qui eſt d'une plus grande propreté, avec un ſimple cerat, il devient très-certainement un digeſtif, puiſqu'il ne manque guére de faire rendre à l'Ulcére dans vingt-quatre heures une matiére épaiſſe; au lieu qu'avant de l'avoir appliqué, il n'en ſortoit qu'une matiére claire.

Lorſqu'on ajoute au cerat une plus grande quantité de précipité, il eſt preſque eſcarotique. Mais quand on le mêle avec quelque onguent, il eſt beaucoup moins douloureux & moins corroſif, que quand on le répand en

poudre ſur un Ulcére. On l'employe néanmoins preſque univerſellement ſous cette forme ; & peu judicieuſement, à mon avis. Car comme c'eſt un puiſſant eſcarotique, on ne ſçauroit jamais en employer beaucoup ſans faire une eſcarre. Ainſi en le réiterant chaque jour on fait eſcarre ſur eſcarre ; ou ſi on le met en poudre ſur une eſcarre déja formée, en vue d'en accelerer la ſéparation, toute la quantité de poudre qui occupera la ſurface morte, n'aura aucune force ; & le reſte qui ſe trouvera au fond, & autour du fond de l'Ulcére, y produira de nouvelles eſcarres, en rongeant & détruiſant les petits grains charnus, qui en croiſſant auroient élevé & chaſſé la premiere eſcarre. C'eſt pourquoi cette poudre ne ſçauroit être un reméde convenable dans un pareil cas.

Si l'on répond, que la pratique journaliére doit nous convaincre, que le précipité n'a pas ce mauvais effet, puiſque nous voyons des eſcarres ſe ſéparer continuellement, malgré l'uſage

ſage que l'on en fait : le même raiſonnement peut ſervir à autoriſer toute mauvaiſe pratique ; puiſque ſouvent la nature ſurmonte les plus grands obſtacles à la guériſon. Mais quiconque, ſans ſe laiſſer préoccuper par ce raiſonnement, fera une attention ſérieuſe aux deux différentes méthodes de procurer la ſéparation d'une eſcarre, trouvera qu'on en vient à bout, non ſeulement plus aiſément, mais encore plus promptement, par de doux digeſtifs, ou par le précipité mêlé avec un onguent ; que par une grande quantité du même précipité en poudre.

Si l'Ulcére eſt de telle nature qu'il produiſe une chair fongueuſe & mollaſſe, & qui s'éleve beaucoup audeſſus de la ſurface ; il ſera néceſſaire de la détruire au moyen de quelque eſcarotique ou du biſtouri. Cette chair fongueuſe eſt très-différente de celle qui ſe trouve dans les Plaies qui tendent à guériſon ; elle eſt plus éminente, plus lâche, & ordinairement en une ſeule maſſe ; au lieu que l'autre forme pluſieurs petites groſſeurs diſ-

tinctes. La premiére approche souvent de la couleur du cancer ; & lorsqu'elle vient d'une glande, elle dégénére quelquefois réellement en cancer, ainsi qu'on l'a vû arriver à des bubons à l'aine.

Quand j'ai rencontré de ces sortes d'excroissances dans des Ulcéres vénériens, je les ai emportées avec le bistouri. Mais l'hemorrhagie est ordinairement si grande, que je ne recommande point cette méthode, & que je préfére plutôt les escarotiques. Ceux qui sont en usage, sont le Vitriol, la Pierre infernale, la Pierre à cautére, & plus généralement la poudre de précipité rouge. Mais dans ce cas-là même je n'estime pas que cette poudre soit le meilleur reméde. Car quoique j'aie dit qu'elle est toujours un escarotique ; cependant, comme la poudre Angelique, qui est une composition de précipité & d'alun brûlé, ronge plus profondement, je la crois préférable au précipité seul.

Il est rare de voir dans un Ulcére ces vieilles chairs fongueuses ; mais il

est fort ordinaire d'y voir s'élever celles, qui sont d'une espéce moins difficile à guérir ; & on peut souvent les diminuer par la compression, ou par l'usage des doux escarotiques. Cependant si l'Ulcére a une couleur blanche & une surface unie, comme il arrive dans les Ulcéres joints à l'hydropisie, & souvent dans les jeunes femmes qui ont des obstructions, il sera inutile de détruire ces excroissances, jusqu'à ce que la maladie interne soit guérie ; car pour lors elles disparoîtront très-probablement sans le secours d'aucun reméde.

Dans les Ulcéres où l'os est carié, il s'éleve pareillement au-dessus du niveau de la peau beaucoup de chair flasque & mollasse. Mais comme la carie est la cause de ce désordre; on ne doit pas attendre qu'il cesse, jusqu'à ce que la partie cariée de l'os soit séparée ; & chaque fois qu'on voudra appliquer les escarotiques, on ne fera autre chose que de renouveller les douleurs du malade, sans aucune utilité.

Dans les Ulcéres écrouelleux des glandes, & même de presque toutes les parties, ces sortes d'excroissances sont fort communes. Mais avant que d'essayer les puissans escarotiques, je conseille de se servir de l'onguent chargé de beaucoup de précipité, & d'appliquer une compresse aussi serrée que le malade pourra la soutenir sans douleur. Par ce moyen on diminuera ordinairement les chairs fongueuses.

Quand l'excroissance est carcinomateuse, & qu'elle ne vient pas d'un gros cancer, mais seulement de la peau, la coutume a été de recommander le cautére actuel. J'ai trouvé néanmoins qu'il étoit plus sûr de l'emporter entiérement en coupant par-dessous, & de panser ensuite la Plaie avec de doux topiques. Au reste les cas où l'on peut mettre en usage l'une ou l'autre de ces méthodes, sont fort rares.

Quant au traitement des Ulcéres carcinomateux & incurables, les Chirurgiens ont enfin découvert après plusieurs expériences, que les appli-

cations les plus convenables ſont celles qui les ſoulagent le plus. Ainſi les eſcarotiques n'y doivent jamais être employés ſous quelque prétexte que ce ſoit; & dans les endroits du cancer, qui ſont rongés & creuſés par la matiére, il ne faut pas non plus ſe ſervir du précipité pour attirer la ſuppuration, ou pour aider la ſéparation des eſcarres. Le meilleur parti eſt de conſulter le malade même ſur le reméde qui lui a fait plus de bien, afin de le continuer.

Ceux que l'on preſcrit ordinairement, ſont des préparations de plomb. Mais ce que j'ai trouvé de meilleur, a été quelquefois de la charpie ſéche toute ſeule, lorſqu'elle ne s'attache pas au cancer; d'autres fois des bourdonnets chargés de Baſilicum, ou de Cerat de pierre Calaminaire; & plus ſouvent que tout cela, des bourdonnets chargés de ſimple Cerat, ou d'onguent de blanc de Baleine; mettant par-deſſus tout un plumaſſeau de filaſſe chargé des mêmes ingrédiens.

Les embrocations avec le lait ſur

la peau voisine & sur les bords du cancer, sont utiles; mais rien ne fait tant de bien que le régime, & il doit consister à vivre entiérement de lait, ou de choses faites de lait, quoiqu'on puisse aussi accorder des herbages & des légumes.

Les cautéres aux épaules ou aux cuisses adoucissent encore les symptômes; & la manne jointe aux eaux purgatives, & donnée une ou deux fois la semaine, servira à tempérer les humeurs. Toutes les autres méthodes plus violentes irritent presque toujours les cancers, & doivent être rejettées pour faire place à celle-ci, qui a quelquefois des effets surprenans, en ce que non seulement elle soulage le malade, mais encore lui prolonge la vie.

Quand les Ulcéres ou les abscès sont accompagnés d'inflammation & de douleur, il faut les fomenter avec des décoctions d'herbes, telles que l'Absinthe romaine, les feuilles de Laurier & le Romarin; & quand ils sont fort putrides & rongeans, deux

qualités qui les font nommer Ulcéres ſordides & phagédéniques, on doit ajouter de l'eſprit de vin aux fomentations; & le bandage auſſi doit être trempé dans l'eau-de-vie ou l'eſprit de vin; obſervant dans les cas où la douleur eſt grande, d'appliquer toujours des drogues adouciſſantes, juſqu'à ce qu'elle ait ceſſé.

Quant au nombre de fois qu'il faut panſer & fomenter, on peut, ce me ſemble, établir pour régle dans tous les Ulcéres, que lorſque l'écoulement eſt ſanieux & corroſif, deux fois le jour n'eſt pas trop ſouvent. Si la matiére n'eſt pas fort putride ni claire, une fois ſuffira.

Lorſque la douleur & l'inflammation ſont exceſſives, la ſaignée & les autres évacuations ſeront ſouvent utiles; & par-deſſus toutes choſes, le repos, & la ſituation horizontale. Cette derniére circonſtance eſt d'une ſi grande importance pour la guériſon des Ulcéres des jambes, que ſi le malade ne l'obſerve pas exactement, toute l'habileté du Chirurgien n'aboutira

ſouvent à rien. Car comme la mauvaiſe diſpoſition de ces Ulcéres dépend, à un certain point, de la peſanteur des humeurs qui tendent en bas; il ſera beaucoup plus avantageux d'être couché tout de ſon long, que d'être aſſis le corps droit, quoique ſa jambe ſoit poſée ſur une chaiſe; puiſque même dans cette poſture les humeurs ne laiſſeront pas de ſe porter en bas avec plus de force, que ſi l'on étoit couché.

Les Ulcéres des jambes accompagnées de Varices doivent être traités par rapport aux autres circonſtances de la maladie: car on ne peut remédier à une Varice que par l'application d'un bandage, qu'il faut même continuer un tems conſidérable après la guériſon. Le bandage le plus convenable eſt un bas étroit, qui dans ce cas eſt d'une utilité particuliére: & même ſi les jambes ſont oedemateuſes, ou ſi après la guériſon des Ulcéres, elles s'enflent quand le malade ſe tient debout, il peut le porter en toute ſureté, & il s'en trouvera bien.

Il y a des cas où une veine eſt ſimplement variqueuſe ; & quand cela arrive on peut détruire la tumeur en faiſant une ligature au-deſſus & au-deſſous, de même que pour l'Anevryſme. Mais cette opération ne ſe doit pratiquer que lorſque la Varice eſt groſſe & douloureuſe.

Les Ulcéres qui ont duré pluſieurs années, ſont très-difficiles à guérir, & dans les vieilles gens la guériſon eſt ſouvent dangereuſe ; car cela cauſe ſouvent un aſthme, une diarrhée, ou une fiévre, qui emporte le malade, à moins que l'Ulcére ne ſe r'ouvre. Ainſi dans ces cas-là il ne faut point du tout entreprendre de guérir radicalement les Ulcéres, mais ſeulement de les mettre en meilleur état, & de diminuer leur étendue. C'eſt de quoi on vient ordinairement à bout par le repos & le ſoin convenable, ſuppoſé qu'ils n'ayent pas de malignité.

On peut entreprendre avec plus de ſûreté la guériſon de ceux qui arrivent aux jeunes gens ; mais on trouve ſouvent que pour y réuſſir, il eſt néceſ-

faire d'exciter la ſalivation. Cependant lorſque la guériſon eſt achevée, elle n'eſt pas toujours durable. Ainſi, de quelque âge que ſoient les perſonnes, on ne ſçauroit avoir qu'une médiocre apparence de guérir des Ulcéres opiniâtres & anciens.

Dans tous ces cas néanmoins il eſt bon de purger une ou deux fois la Semaine avec le *Calomelas*, ſi le malade peut le ſoutenir, & d'ouvrir un cautére, lorſque l'Ulcére eſt preſque guéri, en vûe de continuer un écoulement, auquel le tempérament a été ſi long-tems habitué, & d'empêcher que l'humeur ne ſe jette ſur la cicatrice, & ne r'ouvre l'Ulcére.

Quand dans un Ulcére ou un Abſcès il y a des ſinus qui communiquent avec lui, & qui s'y déchargent, on les nomme *Ulcéres Sinueux*. Si ces ſinus continuent long-tems à rendre de la matiére, la ſurface de leur cavité devient dure, & alors on les appelle Fiſtules, & l'Ulcére ſe nomme Ulcére Fiſtuleux. Pareillement ſi le pus vient d'une cavité, comme dans les

Ulcéres des Articulations, de l'Abdomen, &c. l'ouverture eſt appellée Ulcére Fiſtuleux ou Fiſtule.

Le traitement de ces Ulcéres varie ſuivant les circonſtances. Si la matiére que rend le Sinus, eſt épaiſſe, un bandage ſerré & une compreſſe réuniront quelquefois les côtés oppoſés du Sinus. Si le Sinus devient gonflé dans un endroit, & la peau plus mince, paroiſſant diſpoſée à ſe rompre, il faut obliger la matiére à faire plus d'effort vers cet endroit, en bouchant l'ouverture du Sinus avec une tente; & alors faire une contr'ouverture. Souvent cela ſuffit pour tout l'Abſcès, pourveu qu'enſuite on ne ſe ſerve pas trop de tentes, ce qui enfermeroit le pus, & empêcheroit la guériſon; ou qu'on ne s'en ſerve pas trop peu, ce qui produiroit le même effet. Car un panſement entiérement ſuperficiel ſe trouve quelquefois auſſi nuiſible que les tentes, & à peu près par la même raiſon; puiſque la Plaie extérieure à qui on permet de ſe reſſerrer, & de ne plus laiſſer qu'une

petite ouverture, avant que le dedans ſoit rempli de chair, enferme la matiére preſque auſſi-bien que feroit une tente.

Ainſi pour garder un milieu dans ces occaſions, on peut tenir dans l'orifice une tente creuſe de plomb, ou d'argent, laquelle en même-tems qu'elle tient l'orifice ouvert, donne jour à la matiére. Les Abſcès où l'on fait le plus fréquemment des contr'ouvertures, ſont ceux des fractures compliquées, & des mammelles. Mais les derniers guériſſent plus ſouvent ſans dilatation, que les premiers. Néanmoins dans les uns & dans les autres, ſi la choſe eſt praticable, il faut dilater dans toute la longueur de l'Abſcès, lorſqu'après quelque tentative, la quantité du pus ne diminue point, & que les côtés de l'Abſcès deviennent plus minces; & ſi les Sinus ſont fiſtuleux, on ne doit pas attendre de guériſon ſans dilater.

Il y a auſſi beaucoup d'Abſcès écrouelleux du cou, qui ſe communiquent par des Sinus leſquels s'éten-

dent ſous des duretés conſidérables. Dans ces cas-là les contr'ouvertures ſont à propos, & ordinairement elles réuſſiſſent bien; ſans qu'il ſoit néceſſaire de dilater dans toute la longueur. Et même il eſt peu d'Abſcès écrouelleux, qui doivent être ouverts au-delà de l'endroit où la peau eſt mince.

Lorſque les abſcès des articulations fluent, la ſeule maniére de traiter la fiſtule, eſt de la tenir ouverte, avec les précautions que j'ai déja recommandées, juſqu'à ce que les Cartilages des extrémités des os étant conſumés, les deux os croiſſent & s'uniſſent l'un à l'autre; ce qui forme une ankyloſe, qui eſt la maniére la plus ordinaire dont ſe termine la guériſon des Ulcéres des articulations.

Les Plaies d'armes à feu deviennent ſouvent des Ulcéres ſinueux, & il faut alors les conſidérer ſur le pied de ceux qui ont déja été décrits; quoique les Chirurgiens ayent toujours été portés à croire qu'il y avoit dans ces ſortes de Plaies quelque choſe de plus myſtérieux que dans toutes les autres,

Mais ce qu'elles ont de terrible, vient de la contusion violente & du déchirement des parties, & souvent de ce qu'il y est entré des corps étrangers, comme des bales, des éclats de bois, des morceaux d'étoffe, &c. S'il y avoit quelque autre force qui fit la même chose, l'effet seroit absolument le même, que par les armes à feu.

Le traitement de ces Plaies consiste à en ôter le plutôt qu'il est possible le corps étranger. Pour cela il faut faire mettre le malade dans la même posture où il étoit quand il a été blessé. Si on ne peut retirer le corps étranger, même en faisant par dessus une incision qui ne soit point dangéreuse, il faudra abandonner à la nature le soin de l'expulser, & panser la Plaie superficiellement : car on ne doit pas s'attendre, qu'en la tenant ouverte avec des tentes, la bale, &c. sorte par cette voye; & il n'y a presque aucun cas où les tentes soient plus pernicieuses que dans celui-ci, à cause de la tension violente & de la disposition à la gangrêne, qui s'y trouvent incontinent.

Pour prévenir la gangrêne dans ces ſortes de plaies, & dans toutes les autres qui ſont accompagnées de contuſions violentes, il ſera à propos de ſaigner ſur le champ le malade, & auſſi-tôt après de lui donner un lavement. On panſera avec de doux digeſtifs, & on ſerrera fort peu la compreſſe & le bandage; mais on les trempera auparavant dans l'eau-de-vie ou l'eſprit de vin. La premiere fois qu'on découvrira la plaie, ſi on craint la gangrêne, on pourra employer les fomentations ſpiritueuſes, & les continuer enſuite, juſqu'à ce que le danger ſoit paſſé. Si la gangrêne ſurvient, on appliquera les remédes qui conviennent en ce cas-là.

Dans les plaies d'armes à feu il y a rarement effuſion de ſang, à moins qu'un gros vaiſſeau ne ſoit déchiré; mais la bale fait une eſcarre, qui ordinairement ſe ſépare en peu de jours, & qui eſt ſuivie d'une abondante ſuppuration. Quand la plaie en eſt à ce point, il faut la conduire ſuivant les regles établies ci-devant.

Lorſqu'un Ulcére ayant une chair mollaſſe & pourrie, fournit une plus grande quantité de matiére qu'il ne devroit, eu égard à ſon étendue, & que cette matiére eſt huileuſe & puante, il y a toute apparence que l'os eſt carié. On peut s'en aſſûrer aiſément en paſſant une ſonde à travers les chairs; & ſi on trouve de la carie, cela s'appelle un Ulcére avec carie. Le moyen principal pour le guérir, eſt d'enlever la partie cariée de l'os; ſans quoi la guériſon eſt impoſſible; comme nous voyons quelquefois dans de petits Ulcéres de la machoire inférieure, leſquels provenant originairement d'une dent gâtée, ne guériſſent point, que la dent ne ſoit arrachée.

Les caries qui viennent de ce que le pus des abſcès ſéjourne trop longtems ſur l'os, ſont celles qui donnent le plus d'eſpérance de guériſon. Les caries véroliques ont très-ſouvent une fin heureuſe, parce qu'elles occupent d'ordinaire le milieu & le côté extérieur des os les plus épais, qui ſont

ſont capables d'exfoliation. Mais les caries écrouelleuſes, où les extrémités entieres autrement les parties ſpongieuſes des os ſont affectées, ſont extrêmement dangereuſes. Cependant les os peuvent être tumefiés, ſans être néceſſairement attaqués de carie pour cela; & il y a quelquefois des Ulcéres à la peau qui les couvre, leſquels ne communiquent point avec l'os, & par conſéquent guériſſent ſans exfoliation.

La méthode de traiter les Ulcéres avec carie, eſt d'appliquer un cauſtique de même étendue que la lame oſſeuſe qui doit s'exfolier; & après avoir découvert l'os, d'attendre que l'endroit carié ſe ſépare ſans violence; & alors conſolider la plaie. Je dis, ſans violence; parce que les petites piéces d'os raboteuſes qui reſteroient, ſi on forçoit l'exfoliation, ſans attendre que la partie cariée fût entierment libre & débaraſſée de la partie ſaine, cauſeroient de petites ulcérations, & retarderoient beaucoup la guériſon.

On a inventé différentes applica-

tions pour faire exfolier l'os plus vite. Mais celle qui dans tous les tems a été le plus en ufage, eft le cautére actuel, avec lequel les Chirurgiens brûlent chaque jour, ou de deux en deux jours, l'os découvert, afin de deffécher, difent-ils, l'humidité, & par ce moyen procurer la féparation. Mais comme cette pratique n'eft jamais d'une grande utilité, & qu'elle eft toujours cruelle & douloureufe, elle eft aujourd'hui affez univerfellement rejettée. En effet, fi on confidére l'état d'une plaie, quand une lame offeufe en eft ôtée, il n'eft prefque pas douteux, que le feu ne retarde plutôt qu'il ne hâte l'exfoliation. Car comme chaque lame d'un os carié eft chaffée par de nouvelle chair, qui s'engendre entre elle & l'os fain, tout ce qui empêchera l'accroiffement des petits grains charnus, empêchera auffi à un certain point l'exfoliation; & c'eft-là l'effet que doit néceffairement produire un fer rouge appliqué fi exactement fur l'os.

Les circonftances des caries des

os, & leurs diſpoſitions à s'exfolier, ſont tellement différentes l'une de l'autre, que l'expérience peut à peine faire connoître, ſi l'exfoliation arrivera plus vite avec le ſecours du feu que ſans cela : car quelquefois, ſoit avec le feu, ſoit ſans le feu, elle ne ſe fait pas en un an, & d'autres fois il ne lui faut que trois ſemaines, ou un mois. Bien plus, il m'eſt arrivé en coupant l'eſcarre faite par le cauſtique, d'enlever en même-tems une piéce conſidérable d'os exfolié.

Cependant quand il ſeroit ſimplement incertain, ſi le cautére actuel eſt avantageux ou non, la cruauté d'un tel reméde devroit le bannir entierement de la pratique. On l'emploie encore ſouvent dans ces cas-là, pour diminuer les bords fongueux qui s'étendent ſur l'os ; mais il eſt beaucoup plus douloureux que les remédes eſcarotiques. On n'aura beſoin ni du premier ni des ſeconds, ſi on tient ſur l'endroit que l'on panſe, une compreſſe exacte(*a*) ; ou du moins

(*a*) C'eſt-à-dire de même étendue, ni plus ni moins.

ſi on y arrête avec un bandage ſerré un morceau plat d'éponge préparée, qui ſoit de la grandeur de l'Ulcére, le morceau d'éponge ſe gonflera de tous côtés, & dilatera l'Ulcére ſans aucune douleur.

Il y a des caries d'os ſi ſuperficielles, qu'elles s'en vont inſenſiblement en petites piéces, & que la place ſe remplit de chairs. Mais dans ces cas-là il eſt à propos de racler l'os avec la Rugine, & il faut de même racler juſqu'au vif les os qui ne veulent ni s'exfolier ni pouſſer des chairs.

Dans les Ecrouelles les os du Carpe & du Tarſe ſont ſouvent affectés; mais leur nature ſpongieuſe eſt cauſe qu'ils ne guériſſent que rarement. C'eſt pourquoi lorſque ces os-là, ou même les extrémités de quelque os que ce ſoit, ſont cariées dans leur ſubſtance, il faut en venir à l'amputation. Néanmoins il y a des exemples, où après un long panſement les eſquilles d'os, & quelquefois toute la ſubſtance des petits os, ſe ſont ſéparés, & la complexion du malade

ſe rétabliſſant, l'Ulcére s'eſt conſolidé. Mais de tels exemples ſont ſi rares qu'on n'y doit pas beaucoup compter.

Si les os cariés ſentent mauvais, on peut les panſer avec des bourdonnets trempés dans la teinture de Myrrhe; autrement, ceux de charpie ſeche ſont plus commodes, & tiennent mieux en état les bords de l'Ulcére, qu'aucun autre doux topique qu'on y appliqueroit.

On regarde généralement les Brûlures comme une eſpece particuliere d'Ulcére; & on les a traitées avec un plus grand nombre de différentes applications, qu'aucune autre ſorte d'Ulcére, chaque auteur ayant inventé quelque nouveau reméde pour ôter le feu, comme on dit; & même l'idée d'une certaine quantité de feu qui reſte dans la partie brûlée, a fait eſſayer des remédes également bizarres & douloureux. Cependant ceux qui parlent ſi ſérieuſement de feu dans les plaies, ne croyent pas qu'il en reſte du tout dans un bâton à

demi brûlé, & qui ne brûle plus; quoique la raiſon ſoit la même pour les brûlures de la chair, que pour celles d'un bâton.

Quand les brûlures ſont ſuperficielles, & ne cauſent point tout-à-coup de veſicules, l'eſprit-de-vin, à ce qu'on prétend, ſoulage le plus promptement. Je ne ſuis pas bien aſſûré, s'il vaut mieux que les embrocations d'huile de graine de lin; mais il eſt fort employé par quelques gens que leur métier expoſe à de fréquentes brûlures.

Si la brûlure eſt ſuivie d'excoriation, rien n'eſt plus commode, à mon avis, que d'envelopper doucement la partie d'un bandage trempé dans l'huile de lin, ou dans un mélange d'onguent de fleurs de Sureau & d'huile.

Lorſque les excoriations ſont fort ſenſibles, le lait chaud qu'on laiſſe dégouter deſſus à chaque panſement, ſoulage beaucoup; ou ſi le malade peut ſupporter une flanelle appliquée chaudement, après en avoir expri-

mé le lait, ce ſera peut-être encore mieux.

Si la brûlure a formé des eſcarres, on peut les panſer avec le Baſilicum. Cependant l'huile de Lin ſeule eſt ordinairement ce qui adoucit le plus ; & dans ces ſortes d'Ulcéres tout ce qui adoucit le plus, eſt le meilleur digeſtif.

J'ai quelquefois trouvé néceſſaire d'appliquer différens onguens ſur des brûlures qui avoient preſque la même apparence extérieure, & en les changeant, le malade ſe plaignoit d'une grande douleur ; tellement qu'on eſt quelquefois obligé de déterminer ce qui convient, par le moyen de l'eſſai qu'on fait de divers remédes.

Ceux qui paroiſſent les meilleurs dans le commencement, ſont l'huile de graine de lin, l'onguent de fleurs de Sureau, le Baſilicum, & le ſimple Cerat ; enſuite le Cerat de pierre Calaminaire, l'onguent deſſicatif rouge, l'onguent de Blanc de Baleine, le *Nutritum*, où il n'entre que peu de vinaigre ; ou peut-être, quand les

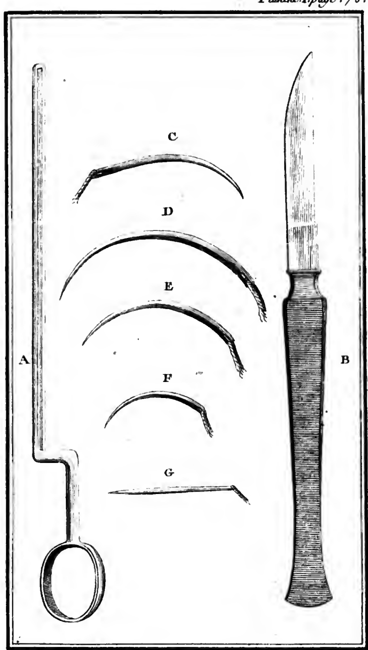
chairs fongueufes s'élevent, la charpie féche.

Il faut avoir grand foin de diminuer ces chairs fongueufes des brûlures, & de rendre les cicatrices unies. Pour cet effet on panfera les bords avec la charpie trempée dans l'eau de Vitriol, & enfuite féchée; ou bien on les touchera avec la pierre de Vitriol, & les panfemens feront réiterés deux fois par jour.

Les brûlures, après qu'elles font guéries, font plus fouvent fuivies de contractions ou coutures, que les autres Plaies. Pour prévenir cela, les embrocations d'huile de pieds de bœufs, & le bandage avec des cartons, afin de tenir la partie étendue, font abfolument néceffaires, dans les endroits où l'on peut les employer.



PLANCHE



D heulland . del . et Sc.

PLANCHE I.

EXPLICATION.

A. Sonde crenelée pour guider le biſtouri, lorſqu'on dilate l'ouverture des abſcès qui ſe ſont ouverts d'eux-mêmes, ou qu'on a déja ouverts avec la lancette. Cet inſtrument doit être d'argent, qui eſt plus capable de ſe plier & de s'accommoder à la direction de la cavité, que l'acier ou le fer. On le fait ordinairement droit, mais cette forme empêche l'Opérateur de le tenir ferme tandis qu'il inciſe. C'eſt pourquoi j'ai donné au mien la figure qui eſt ici repréſentée. La maniere de s'en ſervir eſt de paſſer le pouce dans l'anneau, & de ſoutenir l'inſtrument avec le doigt index, pendant qu'on fait gliſſer le long de la crenelure juſqu'à l'extrémité de l'abſcès, un biſtouri droit, dont le tranchant eſt tourné en-haut.

B. Biſtouri droit, propre à ouvrir les abſcès avec le ſecours d'une ſonde

crenelée; mais il y a peu d'autres cas où il ſoit préférable au biſtouri courbe.

C. Eguille courbe, dont le bord convexe & le bord concave ſont coupants. On ne s'en ſert que dans la ſuture du tendon. Elle eſt mince, afin qu'en paſſant à travers un corps auſſi grêle que le tendon, elle ne bleſſe qu'un petit nombre de fibres. Cette éguille eſt aſſez large pour la ſuture du tendon d'Achille.

D. Groſſe Eguille courbe néceſſaire pour lier certains vaiſſeaux. Elle doit être employée avec une ligature de la groſſeur de celle dont elle eſt ici enfilée, lorſqu'on veut lier les vaiſſeaux Spermatiques dans la Caſtration, ou les Arteres Crurales & Brachiales dans l'Amputation. On peut encore ſe ſervir de cette Eguille pour la ſuture des plaies profondes.

E. Eguille courbe, avec un fil de la groſſeur ordinaire. Elle n'eſt pas de beaucoup trop petite pour les plus gros vaiſſeaux, ni de beaucoup trop groſſe pour les plus petits. Ainſi cet-

te Eguille eſt celle qui convient pour lier le plus grand nombre des vaiſſeaux dans une Amputation. Elle eſt encore d'une groſſeur convenable pour la ſuture de la plûpart des plaies.

F. Petite Eguille courbe, avec un fil pour lier les arteres moins conſidérables, comme celles du péricrane, & celles de la peau, que l'on bleſſe en ouvrant les abſcès.

Les Ouvriers qui font ces Eguilles, doivent avoir grand ſoin de leur donner une trempe convenable. Car ſi elle eſt trop molle, la force qu'on emploie quelquefois pour les pouſſer à travers la chair, les fera plier. Si elle eſt trop dure, elles caſſeront. Ces deux accidents embaraſſeront beaucoup le Chirurgien, s'il n'eſt pas muni d'un nombre ſuffiſant d'Eguilles.

Il eſt encore très-important de leur donner la figure d'une portion de cercle. Cela fait qu'elles paſſent beaucoup plus aiſément autour des vaiſſeaux, que ſi elles étoient moitié courbes & moitié droites. De plus cette figure eſt abſolument néceſſaire,

quand on fait la ligature des vaiſſeaux au fond d'une plaie profonde ; car alors il eſt impoſſible de tourner une Eguille dont l'extrémité poſtérieure eſt droite, & de la conduire autour du vaiſſeau. Le côté convexe de l'Eguille eſt plat, & ſes deux bords ſont tranchans, Le côté concave eſt composé de deux ſurfaces, qui naiſſent des bords de l'Eguille, & qui ſe réuniſſent à une éminence ; tellement que l'Eguille a trois côtés. Cette éminence du corps de l'Eguille dans ſon côté intérieur, la fortifie extrêmement ; mais elle ne régne pas dans toute la longueur de l'Eguille, qui eſt plate vers ſon trou.

On en fait qui ſont rondes en cet endroit ; mais comme on ne ſçauroit les tenir fermes entre l'index & le pouce, elles ne ſont pas propres à être employées. On en a fait d'autres qui avoient l'éminence au côté convexe, & qui etoient plates au côté concave ; mais je ne vois aucun avantage particulier dans cette façon. Les meilleurs fils ſont ceux de lin, dont ſe

ſervent les Cordonniers. Ils ſont aſſez forts, quand il y a quatre, ſix, ou huit fils tordus enſemble & cirés; & ils ne coupent pas ſi aiſément les vaiſſeaux, que les fils qui ſont plus fins.

G. Eguille droite, comme celle dont ſe ſervent les Pelletiers, avec une pointe triangulaire. On l'emploie dans la ſuture à points continus; dans la ſuture des tendons, lorſqu'on ne préfére pas l'Eguille courbe C. & pour coudre les cadavres.





TRAITÉ DES OPERATIONS DE CHIRURGIE.

CHAPITRE I.

Des Sutures.



QUAND une plaie eſt récente, & faite par un inſtrument tranchant, ſans aucune autre violence, & de telle ſorte qu'on puiſſe rapprocher avec la main les lévres l'une contre

l'autre, elles se réunissent par anastomose, si on les tient quelque tems exactement jointes, & s'attachent ensemble, comme une branche entée sur une autre.

Pour les maintenir dans cette situation, on a inventé & pratiqué autrefois diverses sortes de Sutures; mais depuis quelque tems on en a fort diminué le nombre. Celles qu'on décrit principalement aujourd'hui, sont l'Entrecoupée, celle du Pelletier, l'Emplumée, l'Entortillée, & la Seche: mais l'Entrecoupée & l'Entortillée sont presque les seules en usage; car l'Emplumée n'est jamais préférable à l'Entrecoupée. Le terme de Suture seche est ridicule; puisqu'elle n'est autre chose qu'un morceau d'emplâtre appliqué en différentes manieres pour réunir les bords d'une plaie; & que la Suture du Pelletier ou à points continus, qui est recommandée dans les plaies superficielles pour empêcher la difformité de la cicatrice, occasionne plutôt cette difformité par le grand nombre des points d'éguille.

C'eſt pourquoi on doit la rejetter, & ſe ſervir en ſa place d'une compreſſe, ou d'un emplâtre agglutinatif. La ſeule occaſion où je la conſeillerois, feroit dans une plaie de l'inteſtin. Quant à la maniere de faire cette Suture, je la décrirai au Chapitre de la Gaſtroraphie.

Par la deſcription que j'ai donnée de l'état d'une plaie capable de Suture, on peut aiſément concevoir que la Suture ne convient pas, lorſqu'il y a de la contuſion, déchirement, perte de ſubſtance, grande inflammation, difficulté de rapprocher les lévres de la plaie l'une contre l'autre, ou qu'il y eſt entré quelque corps étranger. Quelquefois néanmoins un ou deux points d'éguille ſont utiles dans une plaie avec déchirement.

On défendoit autrefois les Sutures dans les plaies de la tête; mais les Modernes s'embarraſſent très-peu de cette défenſe. Cependant les mauvais effets que j'ai ſouvent vûs au ſujet de la matiére enfermée ſous le Peri-

crane, & l'avantage qu'il y a de ſe ſervir d'un bandage à la tête, m'ont convaincu que les Sutures en cette partie ſeroient beaucoup moins nuiſibles, ſi elles étoient faites avec plus de précaution.

Quand nous avons à recoudre une plaie qui n'a aucun de ces obſtacles, nous employons toujours la Suture entrecoupée, & nous paſſons l'éguille deux, trois, ou quatre fois, à proportion de la longueur de la plaie. Cependant il eſt rare qu'il faille plus de trois points.

Voici la maniere d'opérer. La plaie étant débarraſſée des caillots de ſang, & l'Aide Chirurgien ayant rapproché les bords l'un contre l'autre, de façon qu'ils ſoient parfaitement de niveau, on conduit avec circonſpection l'éguille de dehors en dedans juſqu'au fond de la plaie, & pareillement de dedans en dehors, ayant ſoin de faire la piquure aſſez loin du bord de la plaie, crainte que le fil ne déchire entierement la peau & la chair. Cette diſtance peut être

d'environ trois à quatre lignes. Les autres points d'éguille se font absolument de même. Tous les fils étant passés, on les noue, en commençant par ceux du milieu. Mais si les bords de la plaie sont tenus avec soin l'un contre l'autre pendant tout le tems de l'opération, comme ils doivent être, il n'importe pas beaucoup, lesquels des fils on noue les premiers.

L'espece de nœud la plus en usage dans les grandes plaies est d'abord un nœud simple, sur lequel on met une petite compresse de linge : on fait par-dessus un autre simple nœud, puis un nœud coulant, qu'on peut lâcher en cas d'inflammation. Dans les petites plaies il n'y a pas de danger de se contenter d'un double nœud, sans aucune compresse nouée par-dessus; & c'est la pratique la plus générale.

S'il survient une inflammation un peu considérable, il ne suffira pas de lâcher le fil, il faudra le couper entierement, & l'ôter; ensuite traiter la plaie, sans plus faire de Suture.

Lorſque la plaie eſt petite, le moins ſouvent qu'on la panſe, c'eſt le mieux. Mais les grandes plaies rendent quelquefois beaucoup de pus; & ſi on n'a pas ſoin de faire paſſer les fils par le fond de la plaie, la matiére enfermée par-deſſous, & ne trouvant point d'iſſue, formera ſouvent des abſcès. S'il n'arrive aucun accident, il faut, après que les lévres de la plaie ſont fortement colées enſemble, ôter les fils, & panſer ſuperficiellement les ouvertures qu'ils laiſſent.

Durant le traitement on doit toujours, ſi cela ſe peut, appliquer un bandage ſur la Suture; ce qui eſt ſouvent de très-grande importance; & dans beaucoup de cas on pourra ſe ſervir du bandage à deux chefs, & fendu au milieu, qui eſt ſans contredit le meilleur.

La Suture entortillée étant principalement employée dans le Bec de Lievre, j'en donnerai la deſcription au Chapitre où je parlerai de cette maladie.

CHAPITRE II.

De la Suture des Tendons.

ON sçait que les plaies des Tendons non-seulement se guérissent, mais encore sont capables de Suture, comme celles des parties charnues, quoiqu'elles ne se réunissent pas en aussi peu de tems. Lorsqu'un Tendon est à moitié coupé, il cause d'ordinaire une douleur excessive, avec inflammation, &c. parce que les fibres qui restent sont tiraillées & violentées par l'action du muscle, lequel se contracte nécessairement davantage, dès qu'il trouve moins de résistance.

Pour prévenir cet inconvénient, ç'a été jusqu'ici une maxime incontestable en Chirurgie, de couper entierement le Tendon, & immédiatement après, de faire la Suture. Mais je crois que cette pratique n'est point à conseiller. Car quoiqu'en coupant

le Tendon on ſoulage dans le moment, la flexion ſeule de l'articulation produira le même effet, ſi c'eſt un Tendon flechiſſeur qui eſt bleſſé. Outre cela, pour recoudre les extrémités du Tendon coupé, il eſt néceſſaire de ſituer tellement la partie, qu'on puiſſe les amener à ſe toucher l'une l'autre, & même de la maintenir dans cette ſituation juſqu'à la fin du traitement.

Si donc la ſituation eſt capable de mettre le Tendon en cet état, on peut de même l'y maintenir ſans employer de Suture, & l'on eſt encore plus sûr qu'il ne s'échappera pas; comme il arrive quelquefois par un mouvement inconſideré de l'articulation, lorſque les points de Suture ont preſque déchiré les bords de la plaie. C'eſt pourquoi je conſeille en pareil cas de s'abſtenir abſolument de Suture, & de s'en tenir uniquement à favoriſer la ſituation des extrémités du Tendon.

Si on dit que faute de le couper davantage, il n'y aura pas une inflam-

mation assez considérable pour produire une adhesion des différentes parties de la plaie, laquelle adhesion est regardée comme particuliere à cette sorte de cicatrice, quoiqu'elle se trouve également dans toutes les autres : je répons, que l'inflammation sera proportionnée à la plaie ; or certainement une petite plaie a plus d'apparence de guérir qu'une grande. Si on objecte, que de tenir la partie dans une même situation tout le tems du traitement, cela causera une contraction de l'articulation ; l'objection est également forte contre la Suture.

Et puisque je suis sur cet article, je conseille aux Chirurgiens de craindre moins les contractions après les inflammations des Tendons, qu'ils ne paroissent faire dans la pratique. Il n'est peut-être aucune regle qui ait été plus pernicieuse, que celle de se précautionner contre un tel accident ; & une méthode qu'on doit suivre pendant tout le traitement, c'est, à mon avis, de ne point gêner l'articulation dans ces maladies, &

de la tenir dans la ſituation qu'on trouve la plus commode pour le malade. Il n'y a guéres ſujet de craindre que dans ſix ſemaines il ſe faſſe une contraction incurable; au lieu que les efforts pour l'éviter ont cauſé dans trois ſemaines la perte de pluſieurs membres.

Mais quand le Tendon eſt entiérement coupé, & les bouts retirés l'un de l'autre, on peut, après les avoir rapprochés avec les doigts, y faire une Suture, ſe ſervant à cet effet d'une éguille droite, dont la pointe ſoit triangulaire, laquelle on paſſe de dehors en dedans, & de dedans en dehors, à trois ou quatre lignes de leurs extrémités, dans un petit Tendon, & à près d'un demi pouce, dans le Tendon d'Achille.

Crainte que le muſcle ne ſe contracte un peu, malgré tous les ſoins que l'on ſe donne, quelques Chirurgiens conſeillent de ne pas appliquer les bouts du Tendon exactement l'un contre l'autre, mais de les mettre un peu l'un ſur l'autre. De cette maniere

maniere y ayant de quoi pour la contraction, qui arrive toujours à un certain point, le Tendon ſe trouvera en droite ligne, & ne ſera pas raccourci dans ſa longueur.

Comme la plaie de la peau eſt preſque tranſverſale, je ne voudrois pas écarter la peau en vûe de découvrir davantage du Tendon, mais plutôt la coudre avec lui; ce qui fortifiera la Suture. Le nœud de la ligature doit ſe faire comme dans les autres plaies, & les panſemens de même. Il y a une ſorte d'éguille mince & courbe, qui coupe du côté concave & du côté convexe. Elle eſt très-commode pour la Suture des gros Tendons, & doit être préférée à l'éguille droite. Pendant le traitement les panſemens doivent être ſuperficiels, & il faut tenir la partie ferme avec des cartons & un bandage. Les petits Tendons ſe réuniſſent en trois ſemaines; mais il en faut au moins ſix au Tendon d'Achille.

CHAPITRE III.

De la Gastroraphie.

PLUSIEURS auteurs de Chirurgie ont décrit cette Opération, & ont eu de grandes contestations touchant la véritable maniere de l'exécuter. Néanmoins ce qui fait la plus grande partie de leur description, ne sçauroit presque jamais arriver dans la pratique, & le reste que fort rarement. J'ai oui dire que Duverney, qui durant plusieurs années pendant les guerres & la mode des duels fut le plus célébre Chirurgien de l'armée Françoise, avoit déclaré n'avoir jamais eu une seule fois occasion de pratiquer la Gastroraphie, de la maniere que cette Opération est généralement décrite. Car quoique ce terme, dans la rigueur de l'étymologie, ne signifie autre chose que la Suture d'une plaie du ventre; il se prend néanmoins communément pour

une plaie du ventre compliquée avec une autre de l'inteſtin.

Or les ſymptomes que l'on établit pour diſtinguer quand l'inteſtin eſt bleſſé, ne déterminent nullement avec certitude, qu'il n'eſt bleſſé que dans un endroit; & faute d'en être aſſûré, il eſt abſurde d'ouvrir l'abdomen afin de parvenir à l'inteſtin. Cela étant, l'opération de recoudre les boyaux ne ſçauroit avoir lieu, que quand ils ſortent du ventre, & qu'on peut voir où eſt la plaie, ou ſa grandeur.

S'il arrive que les boyaux ſortent ſans être bleſſés, l'affaire du Chirurgien eſt de les remettre auſſi-tôt, ſans attendre qu'il ait employé des fomentations ſpiritueuſes, ou émollientes: & au cas que les inteſtins ſoient tellement bouffis, qu'on ne puiſſe les réduire par la même ouverture, on peut avec le biſtouri ou les ciſeaux courbes, la dilater ſuffiſamment pour cet effet, ou même piquer les boyaux afin de donner iſſue aux vents, tenant pour regle dans cette opération & dans toutes celles où l'*Epiploon* ſort,

d'en agir ſuivant la méthode que je donnerai dans le Chapitre du Bubonocele.

Suppoſé donc que l'inteſtin ſoit bleſſé de façon à demander l'opération (car pour de petites piquures elle n'eſt pas néceſſaire) voici comment on peut la faire. Ayant pris une éguille droite enfilée d'un fil menu, on ſaiſit le boyau avec la main gauche, & on coud la plaie, en faiſant des points de pelletier, c'eſt-à-dire, en paſſant l'éguille à travers les bords de la plaie, allant toujours de dedans en dehors, & on laiſſe les deux bouts du fil pendre à une certaine longueur hors de l'inciſion de l'*Abdomen.* Enſuite ayant fait avec ſoin à la plaie extérieure la Suture entrecoupée, on tire le boyau par les petits fils, juſqu'à ce qu'il touche le Peritoine, afin que s'attachant à cette membrane, il ſe réuniſſe plus promptement.

Je crois cependant qu'il ſeroit plus ſûr de paſſer les fils avec l'éguille droite à travers les bords inférieurs

de la plaie de l'*Abdomen*; ce qui tiendroit plus certainement l'inteſtin dans cette ſituation.

On dit que la ligature de l'inteſtin ſe trouvera au bout d'environ ſix jours aſſez libre pour être ôtée; ce qui doit ſe faire ſans violence. Durant ce tems-là il faut panſer la plaie ſuperficiellement, & que le malade ſe tienne fort tranquille, & uſe d'une diéte peu nourriſſante.



CHAPITRE IV.

Du Bubonocele.

LORSQUE l'inteftin ou l'Epiploon fortent de l'Abdomen pour tomber dans quelque partie, cette tumeur eft connue fous le nom général de *Hernie*, *Rupture*, ou *Defcente*. Celle-ci tire fes dénominations fpécifiques ou de fes différentes fituations, ou de la nature des matiéres qu'elle contient

Quand l'inteftin ou l'Epiploon tombent par le nombril, cela s'appelle *Hernie Umbilicale*, autrement *Exomphale*. Quand ils tombent dans l'aine par les anneaux des mufcles de l'*Abdomen*, c'eft une *Hernie Inguinale* ; ou s'ils tombent daus les bourfes, c'eft une *Hernie du Scrotum*. Ces deux dernieres font connues fous le nom de *Bubonocele*, qui néanmoins ne convient proprement qu'à la premiere. Quand l'inteftin ou l'E-

piploon tombent ſous le ligament de Fallope, & ſuivent la route des vaiſſeaux iliaques dans la cuiſſe, cela s'appelle *Hernie crurale.*

Par rapport aux matiéres contenues qui caractériſent la tumeur, voici comme on la diſtingue. Si l'inteſtin ſeul eſt tombé, c'eſt un *Enterocele*; ſi l'Epiploon ſeul, c'eſt un *Epiplocele*; ſi tous deux enſemble, c'eſt un *Entero-Epiplocele.*

Il y a encore une autre ſorte de Hernie rapportée & décrite par les Modernes, ſçavoir lorſque l'inteſtin ou l'Epiploon ſe ſont inſinués entre les interſtices des muſcles en différens endroits du ventre. Cette Hernie a tiré ſon nom de la partie qu'elle occupe, & s'appelle *Hernie Ventrale.*

Toutes les eſpéces de Hernies des inteſtins & de l'Epiploon, ſont l'effet d'une dilatation contre nature des orifices particuliers qui leur donnent paſſage, & non pas d'un déchirement de ces orifices. Néanmoins cette derniére opinion à tellement prévalu, qu'elle a donné comme par excellen-

ce le nom à la maladie, laquelle eſt plus connue ſous le nom de Rupture, ſur-tout en Angleterre, que ſous aucun autre de ceux dont j'ai fait mention.

La Hernie de l'Aine ou du *Scrotum*, eſt la plus commune eſpéce de Rupture, & dans les jeunes enfans elle eſt très-fréquente; mais à cet âge elle eſt rarement ſuivie d'aucun accident fâcheux. L'inteſtin rentre le plus ſouvent de lui-même dans la cavité de l'*Abdomen*, lorſque la perſonne eſt couchée; du moins une légére compreſſion en vient à bout.

Pour maintenir l'inteſtin quand il eſt retourné dans ſa place, on ſe ſert aujourd'hui de Bandages d'acier ſi artiſtement travaillés, qu'étant exactement proportionnés à la partie, ils font l'office d'une compreſſe, ſans écorcher, ni même incommoder le malade. Ces inſtrumens ſont d'une ſi grande utilité, que ſi les perſonnes ſujettes aux ruptures les portoient conſtamment, je crois qu'il en mourroit peu de cette maladie. Car lorſqu'on

qu'on fait l'opération du Bubonocele, on trouve ſouvent en examinant les choſes, que la néceſſité de faire cette opération vient uniquement de ce que le malade a négligé de porter un Bandage.

L'application d'un Bandage ſur ces ſortes de tumeurs, demande quelquefois beaucoup de jugement, faute de quoi nous voyons tous les jours des Bandages appliqués ſur des Bubons, ſur des teſticules durcis, ſur des Hydroceles, &c. Mais pour les Hernies que j'ai décrites, je tâcherai d'établir deux ou trois régles, qui ſerviront à déterminer plus poſitivement quand il faut ſe ſervir de Bandages ou s'en abſtenir.

Si la deſcente eſt de l'inteſtin ſeul, on le maintient aiſément par le moyen du Bandage, après l'avoir fait rentrer. Mais ſi elle eſt de l'Epiploon; quoiqu'on puiſſe le faire rentrer, cependant je n'ai jamais trouvé que cela fût d'un grand ſecours; parce que l'Epiploon demeure ramaſſé en paquet au bas du ventre, ce qui incommode,

& qu'il retombe ſi-tôt qu'on ôte le Bandage. C'eſt pourquoi voyant le peu de danger & de douleur qu'il y a dans cette ſorte de Hernie, je ne recommande jamais autre choſe qu'un ſuſpenſoire du *Scrotum*, afin d'empêcher par ce moyen l'augmentation de la tumeur.

La différence de ces deux tumeurs ſe diſtingue par l'attouchement. On ſent celle de l'Epiploon mollaſſe & ridée, & celle de l'inteſtin plus unie, flatulente, & élaſtique.

Dans une rupture de l'inteſtin & de l'Epiploon enſemble, on peut quelquefois réduire l'inteſtin; mais l'Epiploon demeure toujours dans le *Scrotum*. En pareilles circonſtances la plûpart des Chirurgiens conſeillent le ſuſpenſoire ſeul, ſuppoſant que la preſſion du Bandage d'acier, en arrêtant la circulation du ſang dans les vaiſſeaux de l'Epiploon, cauſera la mortification. Mais j'ai appris par un grand nombre d'expériences, que ſi le Bandage eſt adapté comme il faut à la partie, il fera une compreſſion

aſſez forte pour maintenir le boyau, & qu'en même tems elle ne ſera pas aſſez rude pour nuire à l'Epiploon. Ainſi quand il tombe beaucoup de l'inteſtin, quoique l'Epiploön ſe ſoit mis de la partie, le Bandage d'acier eſt convenable & ſans danger.

Il y a des Chirurgiens qui pour épargner la peine de porter un Bandage après que l'inteſtin eſt réduit, brûlent la peau qui couvre les anneaux des muſcles de l'*Abdomen*, avec un cauſtique de la grandeur d'un petit écu, & tienennt leurs malades au lit, juſqu'à ce que la plaie ſoit entiérement guérie. Leur intention eſt d'empêcher par le reſſerrement de la cicatrice que l'inteſtin ne ſort plus du ventre à l'avenir. Mais par tout ce que j'ai vû de cette pratique, le ſuccès, quoique ſouvent heureux, n'eſt pas proportionné à la douleur & à la ſujettion qu'elle cauſe: car ſi après l'opération l'inteſtin retombe, comme il arrive quelquefois, il y aura beaucoup plus de danger d'un étranglement, qu'avant qu'on eût fait une cicatrice.

J'ai considéré jusqu'ici la rupture comme mobile. Mais il arrive fréquemment que l'intestin, après avoir passé les anneaux des muscles, s'enflamme. Cette inflammation grossissant la tumeur, empêche la rentrée de l'intestin, lequel à chaque moment devenant de plus en plus étranglé, tend à grands pas à la mortification, à moins qu'on ne dilate avec un instrument les passages par où il s'est échappé, afin de lui donner moyen de rentrer. Cette dilatation est ce qu'on nomme l'opération du Bubonocele.

Il est rare que les malades se soumettent à cette incision avant que le boyau soit gangrêné, & qu'il ne soit pas trop tard pour que l'opération soit utile. Il y a néanmoins des exemples de gens qui ont survécu à de légéres gangrênes, & même qui ont ensuite parfaitement guéri. Moi-même j'ai été témoin oculaire de la guérison de deux malades qui quelque tems après l'opération, quand l'escarre se sépara, rendoient leurs excrémens par la

plaie, & continuérent à les rendre ainſi durant quelques ſemaines en petite quantité. Mais à la fin le boyau étant devenu adhérant à la plaie extérieure, il ſe conſolida parfaitement.

Dans les mortifications des boyaux qui tombent du ventre dans le nombril, il n'eſt pas fort extraordinaire que toute la partie gangrênée ſe ſépare de celle qui eſt ſaine, enſorte que les excrémens ſortent toujours après cela par cette ouverture. Il y a pareillement des exemples, quoique fort rares, où la Hernie du *Scrotum* s'eſt gangrênée & a ſervi d'Anus, le malade ſe portant bien d'ailleurs. Cependant je ne rapporte ces cas que pour montrer aux Chirurgiens la poſſibilité de tels événemens, & non pour leur donner lieu de faire des prognoſtics favorables ſur la gangrêne des inteſtins ; en quoi ils ſe tromperoient groſſiérement puiſqu'elle eſt ordinairement mortelle.

Avant que d'exécuter l'opération du Bubonocele, qui doit toujours ſe faire lorſque le danger eſt extrême,

il faut essayer des remédes plus doux, sçavoir ceux qui peuvent diminuer l'inflammation. Quant à l'intention de ramollir les excrémens, je pense que c'est une chose fort douteuse, si dans l'ileon, qui est ordinairement le boyau affecté, il peut y en avoir d'assez durs pour former l'obstruction. En effet les Chirurgiens qui ont eu le malheur de blesser l'intestin, ont bien fait voir par les matiéres claires qui sont sorties aussi-tôt après l'incision, que la dureté que l'on sent, vient de la tension des parties, & non de quelque amas d'excrémens durcis.

Si on excepte la Pleuresie, il n'est peut-être aucune maladie où les saignées copieuses soulagent plus promptement que dans celle-ci. Les lavemens réitérés l'un après l'autre jusqu'à trois ou quatre fois, si le premier ou le second sont retenus trop long-tems, ou rendus aussi-tôt, sont très-efficaces. Leur utilité ne consiste pas seulement en ce qu'ils vuident les gros intestins de leurs excrémens & de leurs vents, ces derniers étant fort dange-

reux ; mais encore en ce que paſſant par le Colon tout autour de l'*Abdomen*, ils tiennent lieu d'une fomentation adouciſſante.

Pendant que le malade garde le lavement, il faut humecter le Scrotum & l'aine avec des étoupes trempées dans une fomentation chaude, & enſuite exprimées. Avec ce ſecours on doit eſſayer de réduire la Deſcente.

Pour cela faites coucher votre malade ſur ſon dos, tellement que ſes feſſes ſoient conſidérablement plus hautes que ſa tête. Les boyaux ſe retireront alors vers le diaphragme, & laiſſeront place à ceux qui doivent être remis. Si après deux ou trois minutes d'efforts, vous n'en venez pas à bout, vous pouvez encore eſſayer de nouveau. Quelquefois au bout d'un quart d'heure j'ai fait rentrer des inteſtins dont je déſeſpérois abſolument, & qui ne paroiſſoient pas céder le moins du monde juſqu'au moment de la réduction. Cependant il eſt néceſſaire d'agir ici avec précau-

tion ; car il feroit pernicieux de manier trop rudement ces parties.

Si malgré tout cela le malade continue à reffentir d'exceffives douleurs, quoiqu'il ne foit pas affez mal pour faire craindre une prompte mortification, il faut appliquer un cataplafme fur le *Scrotum*. Celui dont je me fers en cette occafion, eft compofé d'égales parties d'huile & de vinaigre, réduites à une confiftence convenable avec la farine d'avoine. Au bout de quelques heures il faut réitérer la fomentation, & pratiquer les autres moyens que j'ai indiqués.

S'ils ne réuffiffent pas, je croirois à propos de piquer en cinq ou fix endroits l'inteftin avec une éguille, comme le recommande *Pierre Lowe*, ancien auteur Anglois, qui dit avoir fouvent éprouvé les bons effets de cette méthode dans la Hernie Inguinale, lorfque tous les autres moyens étoient inutiles.

Après tout, fi la douleur & la tenfion de la partie continuent, & s'il furvient des hoquets & des vomiffe-

mens de matiére fécale, il faut en venir à l'opération. Car si on attend que le pouls soit languissant, qu'il y ait des sueurs froides, que la tumeur s'affaise, & soit emphysemateuse, il sera trop tard suivant toute apparence, d'autant que ces symptomes sont assez évidemment ceux de la gangrêne.

Pour bien concevoir ce qui arrive dans cette opération, on doit se souvenir que dans chaque espéce de rupture, le Péritoine tombe avec tout ce qui fait la Hernie. Car les parties que contient l'*Abdomen*, étant enveloppées immédiatement dans cette membrane, elles ne peuvent se glisser par aucune ouverture, sans entrainer en même tems avec elles une portion du Péritoine. Ainsi dans le Bubonocele la tumeur sera située dans la cavité du *Scrotum*, sur la tunique vaginale & le cordon des vaisseaux Spermatiques.

La meilleure façon de placer le malade, c'est de le mettre sur une table de trois pieds quatre pouces de haut, où on l'assure d'une maniére

convenable, laiſſant pendre ſes jambes. Enſuite on commence l'inciſion au-deſſus des anneaux des muſcles, au-delà de l'extrémité de la tumeur, & on la conduit vers le bas juſqu'environ le milieu de la longueur du *Scrotum*, à travers la membrane adipeuſe, laquelle on ſéparera avec fort peu de peine du Péritoine, qui eſt appellé *le ſac de la Hernie*. Après quoi la rupture ſe trouvera à découvert pour continuer l'opération.

Mais je ne ſçaurois m'empêcher de recommander encore une fois comme une choſe de grande conſéquence, de commencer l'inciſion extérieure aſſez haut par-deſſus les anneaux, puiſqu'il n'y a point de danger dans cet endroit de la plaie; & faute d'une aſſez grande inciſion, on voit quelquefois les Opérateurs les plus experts être très-longs à dilater. Si en inciſant on ouvre un vaiſſeau conſidérable, il faut en faire la ligature avant que de paſſer outre.

Lorſque le Péritoine eſt découvert, il faut l'inciſer avec circonſpection,

afin de ne pas piquer les inteſtins; quoiqu'à dire vrai, cet accident n'arrive pas tout-à-fait auſſi aiſément qu'on le prétend : car la quantité d'eau qui s'eſt filtrée dans le ſac du Peritoine, l'écarte ordinairement de l'inteſtin, & empêche aucun malheur ſemblable. L'écoulement d'eau qui arrive dès qu'on bleſſe le Peritoine, & l'ignorance de la ſtructure de la tunique vaginale, ont fait croire généralement, que les Hernies étoient reçûes dans la cavité de cette tunique.

Quelques-uns depuis peu ſe ſont imaginé que l'opération ſeroit plus parfaite, en s'abſtenant de bleſſer le Peritoine, & en repouſſant le ſac entier dans l'*Abdomen*, comptant de faire par ce moyen une cicatrice plus ferme, & d'empêcher plus ſûrement une rechute à l'avenir. Mais outre que cette pratique n'eſt pas fondée en raiſon dans le cas même pour lequel on la recommande; la néceſſité qu'il paroît y avoir d'évacuer les eaux qui ſouvent ſont fétides, d'emporter la

partie gangrênée de l'Epiploon, auquel on ne ſçauroit parvenir ſans l'inciſion, & enfin de laiſſer une ouverture pour la ſortie des excrémens par la plaie, ſuppoſé qu'il ſe ſépare une eſcarre de l'inteſtin, tout cela prouve inconteſtablement, ſelon moi, l'inſuffiſance de cette nouvelle méthode.

Le Péritoine étant inciſé, on parvient à ce qu'il renferme, & c'eſt la nature de ce qu'il renferme qui doit déterminer ce qu'on fera enſuite. S'il n'y a que l'inteſtin ſeul, il faut ſimplement le réduire. Mais s'il s'y trouve quelque portion gangrênée d'Epiploon, il faut la couper abſolument. Pour cet effet on conſeille de faire une ligature au-deſſus de l'endroit que l'on bleſſe, afin de prévenir une hémorrhagie. Mais cette précaution eſt entiérement inutile, & même pernicieuſe à un certain point, d'autant qu'elle fait rebouſſer l'inteſtin, & dérange ſa ſituation, ſi la ligature lui eſt contigue.

Pour moi je regarde les Plaies de l'Epiploon comme dangereuſes. C'eſt

pourquoi je ne ſçaurois me diſpenſer en cet endroit de l'Opération, d'avertir de ne rien couper de l'Epiploon, à moins qu'il ne ſoit certainement gangrêné ; & quand cela arrive, je crois qu'il eſt à propos de ne couper qu'une portion de ce qui eſt gangrêné, laiſſant le reſte ſe ſéparer dans l'*Abdomen* ; ce qui peut ſe faire avec autant de ſûreté, que ſi on en laiſſe la même quantité au-deſſous de la ligature.

Lorſqu'on a coupé l'Epiploon on dilate la Plaie ; & pour le faire ſans danger on a inventé une infinité d'inſtrumens ; mais il n'en eſt point, à mon avis, dont on puiſſe ſe ſervir dans ce cas auſſi heureuſement que du Biſtouri : & j'ai trouvé dans l'Operation que mon doigt m'empêchoit mieux de piquer l'inteſtin, que la ſonde crenelée dont je voulois faire uſage. Le Biſtouri doit être un peu courbe, & mouſſe à ſon extrémité, comme le bout d'une ſonde.

Quelques Chirurgiens n'ont peut-être pas la main aſſez ſûre pour cou-

per adroitement avec le Biſtouri ; ainſi ils peuvent faire l'inciſion avec les Ciſeaux courbes, introduiſant avec circonſpection une des lames entre l'inteſtin & la circonférence des anneaux, & dilatant par en haut.

Quand on n'emploie que le doigt & le Biſtouri, la maniere de faire l'Opération eſt d'abbaiſſer le boyau en le preſſant avec l'index, & de conduire le Biſtouri entre le doigt & les muſcles, de ſorte qu'on dilate par en haut environ un pouce ; ce qui eſt une inciſion ſuffiſante.

L'ouverture étant faite, on repouſſera peu à peu l'inteſtin dans l'*Abdomen*, & on recoudra la plaie. Quelques-uns conſeillent en ce cas la Suture emplumée, & d'autres l'entrecoupée, que l'on fait paſſer à travers la peau & les muſcles. Mais comme il n'eſt pas fort dangereux que les boyaux retombent, lorſqu'on a panſé & appliqué le bandage, & que le malade demeure couché ſur ſon dos pendant tout le traitement ; & qu'en tout cas on peut prévenir

ce danger par un ou deux points légers de Suture, ſeulement à travers la peau: je crois qu'on doit ſuivre entiérement cette méthode; puiſque le ſerrement que cauſe une Suture dans ces parties tendineuſes, ne ſçauroit manquer d'être dangereux.

En décrivant juſqu'à préſent le Bubonocele, j'ai ſuppoſé qu'il étoit libre & dégagé dans ſon ſac & dans le *Scrotum*. Mais quelquefois dans l'Opération nous trouvons une adhérence, non-ſeulement de la ſurface extérieure du Peritoine à la tunique Vaginale & aux vaiſſeaux Spermatiques, mais encore de quelque portion des inteſtins à la ſurface interne du Peritoine; & dans ce cas les parties ſont tellement confondues enſemble, que le Chirurgien eſt ſouvent obligé d'extirper le Teſticule, pour ſéparer & débarraſſer l'inteſtin. Néanmoins ſi on peut en venir à bout ſans la caſtration, on doit le faire.

Au reſte je crois que cet accident eſt rare, excepté dans les Deſcentes qui ont été long-tems dans le

Scrotum ſans être réduites. En pareil cas l'opération eſt ſi difficile & ſi hazardeuſe, qu'à moins d'y être contraint par les ſymptomes d'un inteſtin enflammé, je ne voudrois pas l'entreprendre.

Je ſçais deux exemples de perſonnes, qui ſe trouvant extrêmement incommodées par le poids d'une ſemblable Hernie dans le *Scrotum*, quoiqu'elles ne ſouffriſſent pas d'ailleurs, voulurent qu'on leur fît l'opération. Mais l'évenement fut mortel dans l'une & dans l'autre. Ce qui doit rendre les Chirurgiens très-circonſpects à ne pas mettre aiſément la vie en danger, ſimplement pour être mieux; & doit apprendre aux malades à ſe contenter d'un ſuſpenſoire, quand ils ſont dans cet état.

Le premier panſement de la plaie ſe peut faire avec la charpie ſeche, & les ſuivans comme nous avons enſeigné dans l'Introduction.

L'Opération du Bubonocele dans les femmes reſſemble ſi fort à celle qui ſe fait ſur les hommes, qu'elle n'a

n'a pas besoin d'une description particuliere. On remarquera seulement que dans les femmes la Hernie est formée par l'intestin ou l'Epiploon, qui en suivant le passage du ligament rond, tombe dans l'aine, ou dans les lévres de la Vulve. Là il cause les mêmes symptomes que lorsqu'il est arrêté dans le *Scrotum*; & il doit être réduit par la dilatation de ce passage.



CHAPITRE V.

De l'Epiplocele.

On a vû des exemples où il étoit tombé dans le *Scrotum* une si grande quantité de l'Epiploon, que tirant en bas l'estomac & les boyaux, il causoit le vomissement, l'inflammation, & tous les autres symptomes du Bubonocele.

Dans ce cas il est nécessaire d'ouvrir le *Scrotum*. L'incision doit se faire de la même maniere que pour la Descente de l'intestin, & on doit observer, par rapport à l'Epiploon, les mêmes regles qui ont été établies au Chapitre précédent. Il est nécessaire pareillement de dilater les anneaux des muscles; autrement, quoiqu'on ait coupé une partie de l'Epiploon gangrêné, le reste qui est hors de sa place, & qui se trouve étranglé au passage, se gangrênera aussi.

La plaie doit être traitée tout com-

me après l'Opération du Bubonocele; & l'expérience m'a appris que l'Opération de l'Epiplocele doit se faire uniquement pour la même raison qui oblige à celle du Bubonocele, suivant que je l'ai expliqué en parlant de cette maladie.

Il y a beaucoup de gens tellement incommodés de leurs Descentes, quoiqu'elles ne leur causent pas de douleur, que pour peu que des Chirurgiens célébres les encouragent, ils se soumettent volontiers à tous les moyens de guérison qu'on leur propose. Mais comme j'ai vû deux ou trois malades, parfaitement sains d'ailleurs & vigoureux, périr fort peu de jours après l'Opération; cet évenement, quoique très-surprenant, doit apprendre à ne point traiter un Epiplocele par cette méthode, à moins qu'il ne soit accompagné d'inflammation, &c.

※

CHAPITRE VI.

De la Hernie Crurale.

CETTE espece de Descente est la même dans les deux sexes. Elle est produite par la chûte de l'Epiploon ou de l'intestin, ou de tous les deux ensemble, dans l'intérieur de la cuisse, à travers l'arcade que forme l'os *Pubis* & le ligament de Fallope, dans l'endroit où les vaisseaux Iliaques & les tendons du muscle *Psoas* & de l'Iliaque interne sortent de l'Abdomen.

Les Chirurgiens doivent bien prendre garde à cette maladie; car elle produit les mêmes symptomes que les autres Ruptures, & doit d'abord être traitée suivant la même méthode. La façon d'opérer dans la réduction ne différe pas non plus, si ce n'est qu'au lieu de dilater les anneaux des muscles, on dilate le ligament. Ainsi décrire cette Opération, seroit purement répeter ce que j'ai dit du Bubonocele.

CHAPITRE VII.

De l'Exomphale.

CETTE Hernie est causée par la sortie de l'intestin, ou de l'Epiploon, ou de tous les deux ensemble, à l'endroit du Nombril. Elle demande rarement une opération : car quoique la maladie soit commune, elle se forme néanmoins la plûpart du tems par degrés, étant fort peu de chose dans le commencement; & si la tumeur ne rentre pas dans l'*Abdomen*, en se tenant couché sur le dos, il y a toute apparence qu'elle est adhérente, ce qui n'est pas une grande incommodité pour le malade. Les choses demeurent en cet état, jusqu'à ce que tôt ou tard une inflammation survenant à l'intestin, cause promptement la gangrêne & la mort; à moins que par un grand hazard la partie gangrênée ne se sépare de celle qui

eſt ſaine, dont l'extrémité fait alors l'office d'un *Anus*.

Je crois cependant que dans cette conjoncture il faut tenter la réduction, ſi on eſt appellé au commencement, quoique l'adhérence univerſelle du ſac, & de ce qu'il renferme, ſoit un grand obſtacle à la réuſſite. Le cas où l'on peut davantage eſpérer un heureux ſuccès, c'eſt quand la Rupture vient de quelque effort, ou d'une ſecouſſe ſubite, & qu'elle eſt accompagnée des accidens qui ſuivent l'étranglement de l'inteſtin.

Dans ce cas, après avoir eſſayé inutilement tous les autres moyens, l'opération eſt abſolument néceſſaire; & on peut s'en acquitter de cette maniere. Faites une inciſion un peu audeſſus de la tumeur, au côté gauche du nombril, à travers le corps graiſſeux; puis ayant vuidé l'eau du ſac, & enlevé ce qui eſt gangrêné de l'Epiploon, dilatez l'anneau, vous ſervant du même biſtouri courbe, que dans l'opération du Bubonocele, & le conduiſant avec votre doigt.

Après cela faites rentrer l'inteſtin & l'Epiploon dans l'*Abdomen*, & panſez la plaie, en faiſant une ſuture de la peau toute ſeule.



CHAPITRE VIII.

De la Hernie Ventrale.

CETTE tumeur est rarement plus grosse qu'une noix ; & comme c'est une maladie qui n'est pas fort commune, peu de personnes l'ont observée. Malgré cela il y a des cas assez connus pour mériter qu'un Chirurgien examine si le malade n'en est point attaqué, lorsqu'il a soudainement tous les symptomes d'une Descente, sans qu'il en paroisse aucune au nombril, au *Scrotum*, ou à la cuisse. J'ai dit ci-devant que cette Hernie étoit un étranglement de l'intestin dans les interstices des muscles de l'*Abdomen.*

La maniere dont il faut dilater en cette occasion, est la même que j'ai enseignée auparavant pour les autres Hernies. Après qu'on a fait l'opération dans celle-ci, & dans tous les autres où les intestins ont été réduits, il

il eſt à propos que le malade porte un bandage ; car la cicatrice n'eſt pas toujours aſſez ferme dans aucune de ces Deſcentes, pour empêcher la rechûte, comme j'ai eu pluſieurs fois occaſion de m'en convaincre.

PLANCHE II.

EXPLICATION.

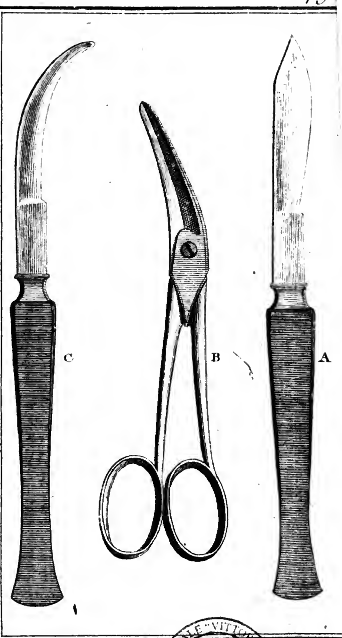
A. Biſtouri dont le tranchant eſt arrondi. Il eſt d'une grandeur convenable pour preſque toutes les opérations où l'on ſe ſert du biſtouri. La figure fera mieux comprendre la forme qu'il doit avoir, qu'aucune deſcription. On peut ſeulement obſerver que le manche eſt fait d'un bois leger, comme doivent être auſſi ceux de tous les inſtrumens, afin que le Chirurgien ſente mieux la réſiſtance que trouve la lame.

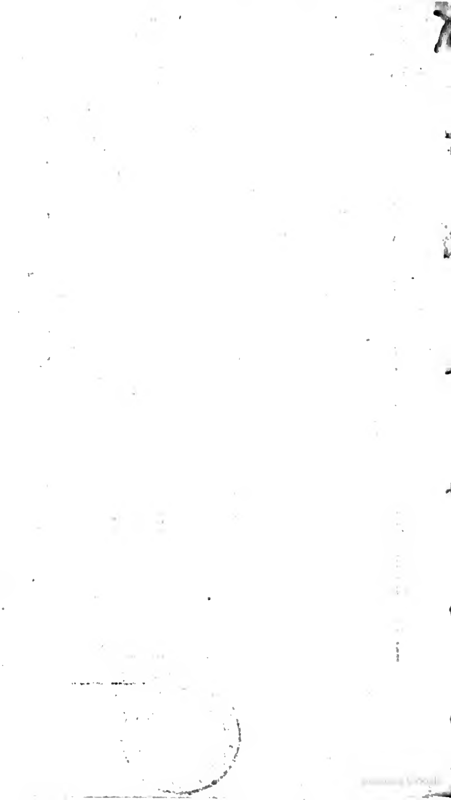
B. Ciſeaux à bouton, dont la forme n'a rien de bien particulier, ſinon que la lame inférieure doit être auſſi petite qu'il eſt poſſible ; pourveu néan-

moins qu'elle ſoit forte, & qu'elle coupe bien. Car comme on s'en ſert principalement dans la Fiſtule à l'Anus; ſi on introduiſoit une groſſe lame dans le Sinus, qui ordinairement eſt étroit, on cauſeroit beaucoup de douleur au malade.

C. Biſtouri courbe avec une pointe mouſſe, dont on ſe ſert dans l'opération du Bubonocele.




C
B
A



CHAPITRE IX.

De l'Hydrocele.

L'HYDROCELE, appellée auſſi *Hernie Aqueuſe*, *Hydropiſie du Scrotum*, & *Hydropiſie du Teſticule*, eſt une tumeur aqueuſe du *Scrotum*. Quoique les Auteurs en aient diſtingué beaucoup d'eſpeces, il n'y en a cependant que deux. La premiere, lorſque l'eau eſt contenue dans la tunique Vaginale ; la ſeconde, lorſqu'elle eſt contenue dans la membrane Cellulaire du *Scrotum*. Cette derniere eſt preſque toujours compliquée avec une Anaſarque, ſorte d'Hydropiſie qui conſiſte dans une extravaſion d'eau qui ſe loge dans les cellules graiſſeuſes. L'Hydrocele dans ce cas ſe reconnoît ſans peine; outre qu'elle eſt ſuffiſamment caractériſée, en ce que la peau eſt luiſante & mollaſſe ; qu'elle céde à la plus légere impreſſion, & que l'im-

preſſion reſte quelque tems. La Verge eſt auſſi quelquefois prodigieuſement groſſie par la liqueur qui s'infiltre dans la membrane cellulaire. Tous ces ſymptomes manquent abſolument dans l'Hydropiſie de la tunique Vaginale.

Dans l'Hydropiſie de la membrane cellulaire du *Scrotum* quelques-uns recommandent de percer avec le Troicart; d'autres de faire par-ci par-là de petites ouvertures avec la pointe d'une lancette, ou de paſſer avec une éguille une petite meche de ſoie à travers la peau, mettant entre les deux ouvertures un intervalle de deux ou trois pouces, & laiſſant cette meche en maniere de Seton, juſqu'à ce que les eaux ſoient entierement évacuées. Les deux premieres méthodes ſont d'un très-petit ſecours, d'autant qu'elles n'ouvrent que peu de cellules. La derniere eſt encore moins efficace à cet égard, que les inciſions; elle eſt ordinairement beaucoup plus incommode, & même capable de cauſer la gangrêne.

Aussi convient-il rarement de faire aucune opération du tout sur cette partie ; puisque la membrane Cellulaire du *Scrotum* étant une continuation de la membrane Adipeuse, les scarifications faites à la peau au bas des jambes, vuideront efficacement le *Scrotum*, comme je l'ai éprouvé plusieurs fois. Cet endroit doit être choisi préférablement à tout autre, à raison de sa déclivité qui promet un plus heureux succès.

Quelquefois néanmoins il tombe dans le *Scrotum* une si grande quantité d'eau, qu'en le gonflant elle cause beaucoup de douleur, & fait craindre la gangrêne. Très-souvent aussi le prépuce devient excessivement gros, & forme un bourlet qui empêche le malade d'uriner.

Dans ces deux cas je conseillerois de faire avec une lancette ou un bistouri, à chaque côté du *Scrotum*, une incision de la longueur de trois pouces, laquelle après avoir coupé entierement la peau, aille pénétrer dans les cellules qui contiennent l'eau ;

& d'en faire deux ou trois de la longueur d'un demi-pouce, dans quelque endroit de la Verge.

Tout cela peut s'exécuter ſans aucun danger, & quelquefois avec un tel ſuccès, que par-là on guérit l'Hydropiſie de tout le corps. Pour moi je puis aſſûrer que, quoique j'ai fait cette opération à des perſonnes qui ſe trouvoient dans un état fort languiſſant, néanmoins comme je me ſervois pour cela d'un inſtrument bien tranchant, & que je traitois enſuite les inciſions avec des fomentations & de doux digeſtifs, je n'ai jamais vû arriver de gangrêne, que tout le monde appréhende ſi fort dans cette occaſion.

L'Hydropiſie de la tunique Vaginale eſt cauſée par un épanchement contre nature de la ſéroſité qui ſe ſépare continuellement, mais en petite quantité, à la ſurface interne de cette tunique, pour humecter ou lubrifier le Teſticule, & qui s'amaſſant alors trop vîte, s'accumule & forme avec le tems une tumeur très-conſi-

dérable. C'eſt ce que j'appelle l'autre eſpece d'Hydrocele, laquelle n'eſt que d'une ſorte; quoique depuis le tems de Celſe juſqu'à preſent les Auteurs qui ont écrit ſur cette matiere, en diſtinguent de deux ſortes; l'une au dedans de la tunique Vaginale, & l'autre au dehors entre elle & le *Scrotum*; & entre les cauſes que l'on aſſigne de cette maladie, la principale eſt la dérivation de l'eau qui forme l'hydropiſie Aſcite: opinion dont l'Anatomie démontre l'abſurdité, quoiqu'elle ſoit généralement reçûe. Car outre que les gens attaqués d'Hydrocele ſont rarement affligés d'autres hydropiſies, & qu'au contraire ceux qui ſont attaqués d'une Aſcite, n'ont point d'Hydrocele; la tunique Vaginale eſt comme une bourſe entierement fermée, & ſe trouve hors de l'*Abdomen*; tellement que d'aucune partie il ne ſçauroit y pénétrer de l'eau.

Quant à l'idée, que de l'*Abdomen* il tombe de l'eau dans l'interſtice de la tunique vaginale & du *Scrotum*,

c'eſt une choſe également impoſſible. Car quoique dans la Hernie inteſtinale le boyau tombe en cet endroit, il n'y tombe néanmoins qu'avec le peritoine; & celui-ci empêcheroit la ſortie de l'eau. Les anciens ne connoiſſoient pas cette chûte du peritoine, & les modernes n'y ont pas fait attention au ſujet de la maladie dont il s'agit.

Suivant la deſcription que nous avons donné de l'Hydrocele de la tunique vaginale, il eſt facile de la diſtinguer de celle de la membrane cellulaire.

J'expliquerai maintenant en quoi elle différe des autres tumeurs du *Scrotum*, ſçavoir du Bubonocele, de l'Epiplocele & de la groſſeur du Teſticule. En premier lieu elle n'eſt jamais ou rarement accompagnée de douleur dans le commencement, & il eſt très-rare qu'elle ſoit l'effet de quelque accident, tout au contraire de la Hernie de l'Epiploon & de l'inteſtin. Depuis le moment qu'elle commence à paroître, on ne la voit preſ-

que jamais diminuer ; mais elle va d'ordinaire en augmentant, quoique dans les uns beaucoup plus vîte que dans les autres ; puiſque dans telle perſonne elle parvient en peu de mois juſqu'à diſtendre les parties d'une maniére fort douloureuſe, tandis que dans une autre elle n'incommodera pas au bout de pluſieurs années ; qu'elle ceſſera même de groſſir étant à un certain point, & continuera toujours enſuite dans le même état, ſans nuire conſidérablement. Ce dernier cas néanmoins arrive fort rarement.

A meſure que l'Hydrocele groſſit, elle devient plus tendue ; & alors on dit qu'elle eſt tranſparente : on donne même la tranſparence pour le principal ſigne diagnoſtique de la maladie ; car on recommande toujours d'approcher une lumiere d'un côté du *Scrotum*, & on dit que s'il y a de l'eau, on verra de l'autre côté la lumiere briller à travers. Mais cette expérience ne réuſſit pas toujours, parce que le *Scrotum* eſt quelquefois très-épaiſſi, & que l'eau elle-même

n'eſt pas tranſparente. Ainſi pour juger certainement s'il y a une liqueur, il eſt beſoin de ſentir la fluctuation : & quoique quelquefois on ne la découvre peut-être pas évidemment, on peut néanmoins être perſuadé qu'il y a une ſorte de liqueur ; ſi on eſt une fois aſſuré que la diſtenſion de la tunique vaginale forme la tumeur ; & c'eſt ce qui ſe diſtinguera de la maniere ſuivante.

Si la tumeur eſt produite par l'inteſtin ou l'Epiploon, qui ne ſoient pas enflammés, elle ſera molle, flexible, inégale à ſa ſurface, particulierement quand elle ſera cauſée par l'Epiploon, & s'étendra entiérement depuis le *Scrotum* juſque dans l'*Abdomen* : au lieu que dans l'Hydrocele elle eſt tendue & polie, & ne va pas juſqu'aux anneaux des muſcles de l'*Abdomen*, ou ne va que juſque-là, parce que l'extrémité ſupérieure de la tunique vaginale ſe termine à une certaine diſtance de la ſurface du ventre.

Quand le Teſticule eſt groſſi, la tumeur eſt plus ronde ; & ſi les vaiſ-

ſeaux ſpermatiques ne ſont pas groſſis en même tems, on diſtingue aiſément le cordon entre la tumeur, & l'*Abdomen*. Mais indépendamment de cette regle, la douleur, ou l'extrême dureté fera bien diſtinguer que c'eſt une maladie du Teſticule.

Quant au traitement de l'Hydrocele, ſoit par des topiques, ſoit par des remedes internes; après avoir eſſayé ſur un grand nombre de différens ſujets, la plûpart de ceux qui ont été inventés pour cette maladie, je n'en ai vû que très-peu d'effet. Car ſi par hazard un malade s'eſt rétabli en obſervant un régime convenable, on doit avouer auſſi qu'il y a des exemples de gens qui ont guéri, quoiqu'ils ſe négligeaſſent abſolument & ne portaſſent pas même de Suſpenſoire. C'eſt pourquoi mon ſentiment eſt, qu'on ſe tienne tranquille juſqu'à ce que la tumeur devienne incommode, & qu'alors on l'ouvre avec une lancette, qui offenſera moins la tunique vaginale, que ne feroit le Troicart. En ouvrant avec la lancette, il

peut arriver que l'orifice de la peau s'écarte de celui de la tunique, & empêche la ſortie de l'eau.

Pour obvier à cet inconvénient, on peut introduire une ſonde, & par ce moyen maintenir la plaie dans une exacte ſituation. On conſeille auſſi, comme une choſe facile à faire, de tenir le Teſticule avec la main gauche, tandis qu'avec la droite on fait la ponction. Mais quand la tunique vaginale eſt fort tendue, il eſt impoſſible de bien diſtinguer le Teſticule. Cependant je crois qu'on ne riſque pas de le bleſſer, ſi on fait l'ouverture à la partie inférieure du *Scrotum*, & qu'on ne ſe ſerve pas d'une lancette trop longue.

Durant l'évacuation il faut comprimer exactement le Scrotum; & quand l'opération eſt finie, un peu de charpie ſeche & un emplâtre agglutinatif ſuffiſent pour le panſement.

Cette méthode d'ouvrir l'Hydrocele, eſt appellée *la cure palliative*, quoique dans quelques cas fort rares, elle guériſſe auſſi radicalement la ma-

ladie. Pour prévenir la rechûte, les Chirurgiens ordonnent de faire une grande plaie, soit par l'incision, soit par le caustique, afin qu'après la consolidation, la fermeté de la cicatrice, & la contraction qu'elle cause à la partie, resserre les vaisseaux lymphatiques qui ont été relâchés, & empêche à l'avenir l'épanchement contre nature des liqueurs qu'ils contiennent. Mais par tout ce que j'ai vû de cette pratique, je la trouve si dangereuse, que quoiqu'elle réussisse à la fin, je pense que tous ceux qui liront les Histoires suivantes, se détermineront à la rejetter absolument, & se contenteront de la cure palliative.

HISTOIRE I.

A. B. âgé de 44. ans, homme robuste, & qui dans toute sa vie n'avoit jamais eu aucune autre maladie, se mit entre mes mains pour être traité d'une Hydrocele qu'il avoit au côté gauche du *Scrotum*.

Le 3. Décembre 1733. j'évacuai

l'eau par le moyen d'une incision d'environ quatre pouces de longueur, que je fis à travers les tegumens. Le soir le malade eut de la fiévre, & ne reposa point. Le *Scrotum* & le Testicule de ce côté-là commencerent à s'enflammer, & les artéres capillaires, se dilatant, saignerent beaucoup. De plus il fut saisi d'une violente douleur au dos ; mais un suspensoire qu'on mit au *Scrotum*, la diminua considérablement.

Depuis le 3. jusqu'au 7. il fut toujours dans un état fort dangereux ; après quoi la fiévre tendit à une crise par la suppuration de la plaie & du Testicule.

Depuis le 7. jusqu'au 24. les forces revinrent chaque jour au malade ; mais l'écoulement de la matiére qui venoit du Testicule, augmèntant, & le sinus pénétrant alors très-profondement vers la cloison du *Scrotum* ; j'ouvris ensuite le corps du Testicule dans toute la longueur de l'abscès.

Depuis le 24. la suppuration diminua d'une maniere surprenante ; telle-

ment qu'en six jours la surface de la plus grande partie du Testicule s'unit avec le *Scrotum*, & qu'il n'y resta qu'une plaie superficielle, qui se trouva entiérement cicatrisée le 10. Janvier 1734.

Le 31. Mars 1737. cet homme continuoit de jouir d'une santé parfaite.

HISTOIRE II.

L'AN 1733. je fis une incision à travers le *Scrotum* & la tunique Vaginale à un jeune garçon d'environ huit ans, qui manqua de périr. Mais la fiévre symptomatique s'étant terminée à la fin par un abscès du *Scrotum*, il fut tiré d'affaire, & il guérit en peu de semaines, quoiqu'avec quelque peine.

HISTOIRE III.

A. C. âgé de 37. ans, & d'un trèsbon tempérament, avoit une tumeur à un côté du *Scrotum*, laquelle continuant d'augmenter durant six ans, il s'adressa à un Chirurgien, qui ap-

pliqua un petit cauſtique ſur la partie ſupérieure de la tumeur; & ayant ouvert l'eſcarre, tira près de trois chopines d'eau; mais la maladie étant revenue peu de tems après cela, j'entrepris de le guérir radicalement.

Le 15. Décembre 1736. j'appliquai ſur la partie antérieure & ſupérieure du *Scrotum* un cauſtique d'environ ſix pouces de long, & d'un pouce de large.

Le 16. Décembre ayant fait une petite ouverture à travers l'eſcarre je tirai plus d'une pinte d'eau.

Depuis le 17. juſqu'au 24. le malade ſouffrit toujours beaucoup, non ſeulement à la partie affligée, mais auſſi au dos & aux lombes, & il repoſa très-peu. Le *Scrotum* de ce côté-là devint extrêmement enflammé & épais, & la fiévre ſymptomatique très-violente, ſans que la plaie donnât aucun ſigne de ſuppuration.

Le 24. au ſoir le malade ſe trouva un peu mieux, & continua d'aller mieux juſqu'au 29. que l'eſcarre ſe ſépara. Mais la plaie avoit toujours mauvaiſe

mauvaiſe mine, & il ne paroiſſoit point de grains charnus à ſa ſurface.

Depuis le 29. Décembre juſqu'au 5. Janvier il demeura dans le même état.

Depuis le 5. juſqu'au 13. la tumeur & la douleur augmenterent un peu ; & la nuit du 13. le malade fut attaqué d'un accès de fiévre, qui revint encore deux autres fois, & cela de deux en deux jours.

Depuis le 17. juſqu'au 26. la fiévre ayant ceſſé, il commença d'aller beaucoup mieux ; deux abſcès au *Scrotum* s'étant ouverts dans cet intervalle.

Vers le 2. Février la douleur ceſſa entiérement, la tumeur diminua beaucoup, & la dureté ſe ramollit.

La plaie ſe cicatriſa enſuite en fort peu de jours, & le 24. Février je le laiſſai en parfaite ſanté, & ſans aucune incommodité.

Comme dans les cas précédens la vie des malades avoit été en danger, je voulus eſſayer le reméde ſuivant, ayant entendu dire qu'il avoit réuſſi à d'autres.

HISTOIRE IV.

A. D. âgé de quarante-deux ans avoit été depuis près de quatre ans attaqué d'un Hydrocele à un côté du *Scrotum*. Je lui avois fait la ponction pour cela environ douze fois, & j'avois tiré à chaque opération près d'une chopine d'eau claire.

Le 3. Janvier 1737. après avoir vuidé la tunique Vaginale, j'y injectai une once d'esprit de vin. Dans l'instant le malade se plaignit d'une grande douleur, qui devint toujours plus violente; & le jour suivant le volume & l'épaisseur des tegumens se trouverent fort augmentés.

Le 7. Janvier la tension devint extrêmement douloureuse; & comme j'apperçus une fluctuation, je fis une ponction, par laquelle le malade rendit environ un demi-septier d'eau fort teinte de sang, mais qui n'avoit aucune odeur d'esprit de vin. Cela lui donna quelque soulagement; mais l'inflammation & l'épaisseur des te-

gumens continuerent un mois entier, & se terminerent par deux abſcès à la partie antérieure du *Scrotum*. Je les ouvris le 7. de Février ſuivant, & quand le pus fut evacué, la tumeur diſparut entiérement. Il reſta une cicatrice ferme, & la maladie fut radicalement guérie.

Un autre malade que je traitois rendit auſſi par une Hydrocele de l'eau ſanguinolente On lui avoit ſouvent fait la ponction de loin en loin, & il ſortoit de la tumeur cette ſorte de ſérosité que fournit le plus ſouvent la tunique Vaginale. A la fin elle devint teinte de ſang, & chaque fois elle l'étoit davantage. La quatriéme fois que cet écoulement ſanguinolent arriva, il fut accompagné d'une hémorrhagie conſidérable, & ſe termina par une entiére guériſon. Quelques mois après il ne paroiſſoit aucun ſigne de rechute, comme j'eus occaſion de m'en inſtruire.

Aux Hiſtoires de maladies que j'ai rapportées ci-deſſus, je pourrois en ajouter pluſieurs autres qui ſont ve-

nues à ma connoissance depuis que j'ai fait ces observations ; & particuliérement deux cas qui furent accompagnés d'inflammation & d'abscès, ensuite d'une simple ponction faite avec la lancette, & qui aboutirent l'un & l'autre à une guérison parfaite. On peut néanmoins remarquer touchant ces deux cas, que dans l'un la tunique étoit épaisse & l'eau sanguinolente ; & que dans l'autre la tunique étoit épaisse, & l'Epididyme grossi & dur en conséquence d'une Gonorrhée précédente.

Je ne prétens pas cependant conclure des accidens que j'ai rapportés, que l'Opération de l'Hydrocele ne se fait jamais heureusement : je sçai des cas où elle a réussi ; mais ils ne sont pas en assez grand nombre pour contre-balancer ses mauvais effets.

Il est remarquable qu'en examinant les différentes Hydroceles après leur guérison, il paroissoit évidemment qu'elles s'étoient guéries par une adhérence complette du Testicule à la tunique vaginale, & de la tunique va-

ginale aux parties qui l'envelopent. Cette obfervation fait aifément concevoir de quelle maniere l'écoulement d'une eau fanguinolente opere la guérifon. Car les inflammations des membranes produifent prefque toujours une adhérence des parties voifines ; & ces écoulemens ne font autre chofe qu'une eau mêlée avec le fang que fourniffent les vaiffeaux ouverts des tuniques enflammées.

On a dit que les accidens rapportés ci-deffus venoient apparemment de ce que la tunique vaginale étoit expofée à l'air. Mais outre que le cas où j'injectai de l'efprit de vin, & celui où il y eut un cauftique appliqué & deux ponctions faites, détruifent fuffifamment cette opinion ; les exemples où j'ai vû tout le *Scrotûm* fe féparer de la tunique vaginale dans une gangrêne, & la laiffer à nud pendant un grand nombre de jours fans aucun mauvais effet, montrent d'une maniére inconteftable, que le danger dépend uniquement de l'inflammation de la tunique.

J'ai fait l'opération de la Caſtration à deux hommes, dont les Teſticules ſkirreux étoient auſſi attaqués d'une Hydrocele; mais toute la tunique Vaginale ayant été enlevée par l'opération, ils guérirent tous deux ſans aucun fâcheux ſymptome.

Je finirai ce chapitre par une autre ramarque ſur le grand nombre prétendu des Hydroceles. Outre celle qu'on imagine entre le *Scrotum* & les membranes inférieures, & dont j'ai déja parlé, on fait encore mention d'une ſorte d'Hydropiſie entre le muſcle *Cremcaſter* & la tunique Vaginale, appellée l'*Hydrocele enkiſtée.* Mais à mon avis il y a bien plus d'apparence qu'elle eſt au-dedans de la tunique, laquelle étant adhérente en différens endroits au cordon des vaiſſeaux Spermatiques, peut former un ou deux Kiſts entre les adhérences; & c'eſt de quoi j'ai rencontré un exemple. En effet ſi on veut refléchir ſur la cauſe d'une Hydropiſie en cette partie, on ſera obligé d'avouer qu'elle eſt uniquement renfermée au-dedans

de la tunique vaginale ; puiſque le genre de vaiſſeaux qui eſt ſuſceptible de cette maladie, ne ſe trouve qu'en cet endroit.

L'Hydropiſie du Teſticule eſt la derniere eſpece qu'on ſuppoſe ; mais je ne l'ai jamais vûe ; & en comparant la ſtructure du Teſticule avec celle des autres glandes qu'on ne prétend pas être ſujettes à l'Hydropiſie, je ſuis porté à croire qu'une telle maladie eſt un pur être de raiſon.



CHAPITRE X.

De la Castration.

C'EST ici une des plus triſtes Opérations de la Chirurgie, puiſqu'elle ne ſe fait gueres que pour des maladies qui reviennent très-facilement, ſçavoir pour un Skirrhe, ou un Cancer; car elle ne convient nullement dans la plûpart des cas où l'on prétend qu'elle eſt néceſſaire, comme dans l'Hydrocele, dans l'abſcès du Teſticule, dans une mortification qui augmente, ou dans ce qu'on entend quelquefois par un *Sarcocele.*

Il ne ſera pas mal-à-propos de dire un mot de cette derniere maladie. Ce terme dans ſa ſignification la plus étendue, eſt pris pour une tumeur charnue du Teſticule, laquelle eſt auſſi appellée *Hernie charnue*, ou plus ſouvent *Hernie humorale*, quand il s'agit de certaines groſſeurs telles qu'il en arrive dans la Chaudepiſſe.

Mais

Mais généralement parlant, le Sarcocele est regardé comme une excroissance charnue qui se forme sur le corps du Testicule, & qui se durcissant excessivement, & se tuméfiant, est supposée avoir besoin le plus souvent d'être extirpée, soit en détruisant la dureté par le cautére, soit en amputant le Testicule. Or je crains que cette maxime trop facilement reçûe, n'ai jetté les Praticiens en Chirurgie dans de très-grandes erreurs.

Pour mieux concevoir la distinction que je vais faire, il faut se souvenir que ce qu'on appelle le Testicule, est réellement composé de deux parties différentes; sçavoir une glanduleuse, qui forme le corps du Testicule, & une vasculeuse ou membraneuse, connue sous le nom d'*Epididyme*, qui est le commencement du vaisseau déférant, ou l'assemblage des conduits excrétoires de la glande.

Or il arrive quelquefois que cette partie est tuméfiée indépendamment du Testicule; & comme en la touchant on sent quelque chose de semblable à

une grosse excroissance qui seroit survenue, cela répond assez bien à l'idée que la plûpart des Chirurgiens se forment d'un Sarcocele. Mais ne prenant pas garde à la nature & au tissu de l'Epididyme, qui sont bien différens de ceux du Testicule, ils ont souvent confondu les maladies du premier avec celles du second, & ont également recommandé l'extirpation dans la callosité de l'un & de l'autre.

Pour moi, sans fatiguer le Lecteur par des histoires particulieres des cas qui regardent ce sujet, je dirai seulement, qu'après des recherches exactes j'ai conclu que toutes les duretés de la partie glanduleuse du Testicule, qui ne tendent ni à l'inflammation, ni à la suppuration, aboutissent presque toujours au Skirre & au cancer; ce qui n'arrive jamais, ou n'arrive que rarement à celles de l'Epididyme. Il est vrai que malgré les remedes internes & externes, ces dernieres subsistent souvent dans le même état, & suppurent même quelquefois; mais dans l'un & l'autre cas, elles ne sont pas fort dangereuses.

Il n'eſt pas difficile de rendre raiſon pourquoi des tumeurs dans une partie qui ſemble n'être qu'un ſeul & même corps, ont néanmoins des ſuites ſi différentes. Il n'y a qu'à faire réflexion, combien le virus carcinomateux eſt diſpoſé à ſe fixer ſur les glandes, & combien l'Epididyme eſt différent d'une glande, quoiqu'il en ſoit ſi voiſin.

Ce que j'ai dit ne doit pas faire conclure, que l'épididyme ne devient jamais carcinomateux. J'avoue qu'il peut le devenir, comme auſſi toute partie du corps humain. Mais je ſoutiens que cela n'arrive jamais, ou arrive rarement, ſans que la partie glanduleuſe du Teſticule ait été la premiere attaquée. Car alors elle ne manque gueres de communiquer ſa mauvaiſe diſpoſition à l'Epididyme; lequel peu à peu ſe confond tellement avec le Teſticule, qu'il ne forme avec lui qu'une ſeule maſſe.

Avant que de procéder à l'opération de la Caſtration, c'eſt une eſpece de régle de s'informer ſi le malade

ſent quelque douleur au dos, & en ce cas là, de s'abſtenir de l'opération ; parce qu'on a lieu de préſumer que les vaiſſeaux ſpermatiques ſont pareillement attaqués. Mais il ne faut pas ſe trop preſſer de conclure ainſi ; car le ſeul poids de la tumeur en tiraillant le cordon des vaiſſeaux ſpermatiques, produit quelquefois cette douleur de dos.

Pour en ſçavoir donc la véritable cauſe, lorſque le cordon n'eſt pas groſſi, il faut que le malade garde le lit, & porte un ſuſpenſoire. S'il ne ſouffre que par le poids du *Scrotum*, il recevra du ſoulagement. Mais ſi le cordon des vaiſſeaux ſpermatiques eſt groſſi ou durci, la maladie eſt déſeſpérée, & il ne faut pas l'entreprendre.

Cette maladie quand elle eſt accompagnée d'une dilatation des vaiſſeaux du *Scrotum*, eſt décrite par les Auteurs Latins ſous le nom de *Ramex* ; quoiqu'elle ſoit encore plus connue ſous le nom Grec de *Kirſocele*, & ſous celui de *Varicocele*.

Mais supposé qu'on ne rencontre aucun obstacle à l'opération, voici comment on peut la faire. Mettez vôtre malade sur une table quarrée d'environ trois pieds & quatre pouces de haut, laissant pendre ses jambes, qui seront tenues fermes de même que le reste du corps, par des Aides-Chirurgiens. Faites ensuite l'incision avec un bistouri, la commençant au-dessus des anneaux des muscles de l'*Abdomen*, afin d'avoir après cela de l'espace pour lier les vaisseaux ; car manque de cette précaution, l'Opérateur sera nécessairement embarassé à faire la ligature. Coupez ensuite la membrane adipeuse, & continuez l'incision vers le bas, jusqu'à ce qu'elle soit d'une longueur proportionnée au volume du Testicule. S'il est fort petit, on peut le séparer entiérement avec le bistouri, sans rien emporter du *Scrotum*. Mais je ne suis pas fort amateur de cette méthode, parce qu'une si grande quantité de peau lâche & molasse forme aisément des abscès, & devient très-souvent calleuse.

Si le Testicule, par exemple, pése vingt onces; après avoir fait une incision d'environ cinq pouces de long, & un peu circulaire, commencez-en une seconde au même point où vous avez commencé la premiere, & conduisez-là, en suivant une direction opposée, jusqu'à ce qu'elle rencontre l'autre à la partie inférieure; de telle maniere que les deux incisions forment une figure ovale, dont le diametre soit au moins de deux pouces.

Cela étant fait, séparez du *Scrotum* avec l'instrument le corps de la tumeur & le morceau de peau qui le couvre, ayant d'abord soin de lier quelques vaisseaux sanguins, si l'hemorrhagie est dangereuse. Passez après cela une ligature autour du cordon des vaisseaux spermatiques, assez près de l'*Abdomen*; & si vous avez de l'espace entre cette ligature & le Testicule, passez-en une seconde environ demi-pouce plus bas, afin d'arrêter encore plus sûrement le sang. On peut faire à ces ligatures le nœud

qu'on apeelle *du Chirurgien*, c'est-à-dire celui où l'on passe deux fois le fil à travers la boucle. Cela étant exécuté vous couperez le Testicule un peu au-dessous de la seconde ligature, & vous traiterez le malade comme dans les autres plaies récentes.

J'ai fait une fois cette opération à un homme dont le Testicule pesoit plus de trois livres. Il y avoit des vaisseaux tellement variqueux & dilatés, qu'ils égaloient la grosseur de l'artére Brachiale. Je ne laissai pas d'en lier deux ou trois des plus considérables, & continuant l'opération, j'emportai près des trois quarts de la peau. J'évitai par ce moyen une dangereuse hémorrhagie; & en coupant les vaisseaux avant les endroits où ils se divisoient en un grand nombre de branches, j'eus moins de ligatures à faire. Le succès fut heureux, & le malade survécut à l'opération, & à la guérison de la plaie. Mais l'humeur carcinomateuse s'étant jettée quelque tems après sur le foye, elle le fit périr.

Dans les grosses tumeurs telles que

la derniere dont j'ai parlé, il eſt très-bon de couper une grande partie de la peau ; car outre que l'hemorrhagie ſera alors beaucoup moindre, & l'opération bien plus courte ; la peau étant devenue très-mince par la forte diſtenſion qu'elle a ſoufferte, il y en aura une grande partie qui ſe gangrênera, ſi on ne l'emporte, & le reſte dégénérera plus aiſément en ulcére carcinomateux.

On peut obſerver que pour éviter de bleſſer les vaiſſeaux ſpermatiques, je ne recommande pas de pincer la peau avant que de faire l'inciſion, & enſuite de détacher violemment le Teſticule de la membrane graiſſeuſe, en pouſſant le doigt entre deux. La premiere de ces manœuvres eſt ſuperflue, & la ſeconde eſt cruelle. Toutes deux, à mon avis, ne tendent qu'à prévenir un malheur, qui eſt peu, ou point du tout à craindre.

CHAPITRE XI.

Du Phimosis.

LE *Phimosis* n'est autre chose qu'un retrecissement du Prépuce, en conséquence duquel on ne peut découvrir le gland. Si ce retrecissement va jusqu'au point d'empêcher la sortie de l'urine; ou s'il y a des chancres ou des ulcéres sordides tellement cachés sous le Prépuce, qu'on ne puisse absolument y appliquer des remedes, il faut l'inciser. Il arrive quelquefois que des enfans naissent sans aucune ouverture au Prépuce. Dans ce cas il ne faut pour les guérir qu'une petite incision, que l'on panse ensuite avec une tente.

Mais l'opération du *Phimosis* se pratique surtout dans les maladies Vénériennes, pour mettre à découvert les chancres qui sont sur le gland, ou la surface interne du Prépuce. Alors si le Prépuce n'est pas fort calleux &

épais, une simple incision suffira. Elle peut se faire avec les ciseaux, ou en glissant un bistouri entre la peau & le gland jusqu'à l'extrémité du Prépuce, que l'on coupe ensuite. Cette derniere méthode est moins douloureuse que celle où on employe les ciseaux. Mais il est beaucoup plus sûr de faire l'incision à l'un des côtés du Prépuce, qu'à la partie supérieure : car j'ai vû quelquefois de gros vaisseaux sur le dos de la verge fournir une terrible quantité de sang ; ce que l'on peut éviter en suivant cette regle.

Si le Prépuce est fort gros & dur, l'incision ne sera pas suffisante ; & il sera mieux d'emporter la callosité par l'opération de la Circoncision, qui doit être faite avec le bistouri ; & si l'artére donne beaucoup de sang, on en fera la ligature avec une petite éguille.



CAAPITRE XII.

Du Paraphimosis.

LE *Paraphimosis* eſt une maladie de la Verge, dans laquelle le prépuce eſt tellement retiré de deſſus le gland, qu'on ne ſçauroit le ramener en devant pour couvrir cette partie. Beaucoup de gens ont naturellement le prépuce ainſi retiré, ſans qu'il en arrive aucun inconvénient. Auſſi depuis le tems des Romains, dont quelques-uns regardoient comme une choſe indécente d'avoir le gland découvert, je ne trouve pas qu'on ait été dans l'uſage de faire pour ce ſujet aucune opération; mais nous voyons dans *Celſe* une deſcription fort détaillée des différentes manieres de faire celle qui ſe pratiquoit de ſon tems, & il en parle comme d'une choſe qui n'étoit pas rare.

La plûpart des *Paraphimoſes* dépendent d'une cauſe vénérienne. Quel-

ques-uns néanmoins, en des perſonnes qui ont le prépuce naturellement fort étroit, viennent d'un retirement ſubit du prépuce, ſuivi auſſi-tôt d'un gonflement du gland, qui empêche le prépuce de le recouvrir.

Il arrive quelquefois que le Chirurgien vient à bout ſur le champ de la réduction, en comprimant le bout de la Verge, tandis qu'il travaille à avancer le prépuce. S'il ne réuſſit pas de cette maniere, il doit tenir la Verge ſuſpendue; & après l'avoir fomentée & appliqué des émolliens, tenter de nouveau la réduction.

Mais ſi le bourlet qui eſt au-delà de la couronne du gland, ſerre tellement la Verge, qu'il menace de gangrêne; ou même ſi la Verge eſt fort tumefiée par la ſéroſité, qui s'accumulant dans le corps Reticulaire forme des tumeurs appellées *Criſtallines*, il faut faire avec la pointe de la lancette trois ou quatre petites inciſions ſur le bourlet & les tumeurs, ſuivant la direction de la Verge. Ces inciſions détruiront l'étranglement que

caufoit le bourlet, & évacueront l'eau des tumeurs. On panfera enfuite avec des fomentations, des digeftifs, & la Theriaque fur des plumaffeaux.



CHAPITRE XIII.

De la Paracentese, ou Ponction du Ventre.

CETTE opération eſt une ouverture qu'on fait à l'*Abdomen*, dans l'hydropiſie *Aſcite*, pour évacuer des eaux extravaſées, & amaſſées dans la capacité du ventre. Mais comme il eſt beaucoup plus difficile de ſçavoir quand il faut faire l'opération, que la maniere de l'exécuter, & que cela demande en quelques occaſions beaucoup de jugement & de prudence, je vais eſſayer de diſtinguer exactement les cas où elle convient, on non.

Il n'y a que deux eſpeces d'Hydropiſie; l'*Anaſarque*, nommée auſſi *Leucophlegmatie*, lorſque l'eau extravaſée ſéjourne dans les cellules du corps graiſſeux; & l'*Aſcite*, lorſque l'eau occupe la cavité du ventre.

Dans la premiere eſpece l'eau eſt claire & tranſparente. Dans la ſeconde elle eſt un peu plus épaiſſe, fort ſouvent gélatineuſe & corrompue, & même quelquefois mêlée de concretions charnues. Je ne parle point ici de la *Tympanite* ou *Hydropiſie Venteuſe* de l'*Abdomen*; comme dans le Chapitre des Hernies je n'ai point fait mention de la *Hernie Venteuſe*; parce qu'il eſt certain que l'Aſcite & le Bubonocele ont toujours été pris fauſſement pour ces maladies.

De ſçavoir ſi l'eau eſt épanchée par une rupture des vaiſſeaux lymphatiques, ou par un ſuintement à travers les pores de leurs tuniques relâchées, c'eſt ce qui n'eſt pas fort important dans la pratique de Médecine & de Chirurgie; puiſque c'eſt un fait certain, que les vaiſſeaux lymphatiques ont la faculté de reprendre quelquefois la liqueur épanchée, & de la reporter dans le courant de la circulation; après quoi elle eſt ſouvent tout-à-fait vuidée par quelque émonctoire.

Comme donc la nature est très-disposée à l'évacuer par les reins & par les glandes des intestins, cela a déterminé les Médecins à aider cette secretion par des Diuretiques & des Purgatifs, qui emportent quelquefois entiérement la maladie. Si quelqu'un révoque en doute la possibilité de la guérison, quand l'eau est extravasée, il n'a qu'à injecter par une petite ouverture une chopine d'eau chaude dans le *Thorax* ou dans l'*Abdomen* d'un Chien ; & en l'ouvrant quelques heures après, il n'y en trouvera pas une goute ; ce qui prouve incontestablement que les liqueurs peuvent être absordées. En effet, quoiqu'on n'y fasse pas beaucoup d'attention, c'est cette action absorbante qui entretient la régularité de la circulation, par rapport à quelques-unes des secretions, & peut-être par rapport à toutes ; d'autant qu'elles surchargeroient leurs réservoirs, si elles n'étoient pas ainsi reprises. On peut éclaircir cette doctrine par l'exemple de la circulation de l'humeur aqueuse de l'œil, que personne

personne ne doute être une liqueur extravasée.

L'Opération de la Paracentese guérit rarement la maladie ; mais les Hydropisies qui viennent simplement d'un appauvrissement de sang, sont moins sujettes à récidive, que celles qui ont pour cause une indisposition précédente du foye ; & il n'est pas rare de voir finir heureusement les Hydropisies qui sont une suite des fievres, des hemorrhagies, des diarrhées ; au lieu que pour celles qui sont compliquées avec un foye skirrheux, on trouvera à peine un exemple de guérison.

L'eau qui flotte dans le ventre doit déterminer par sa fluctuation si l'Opération est convenable : car si en mettant une main sur un côté du ventre, & frappant avec l'autre main sur le côté opposé, on ne sent aucune ondulation, on doit présumer qu'il y aura quelque obstacle à l'évacuation.

Il arrive quelquefois que presque toute l'eau, ou du moins une grande

quantité, eſt contenue dans de petites Veſſies adhérentes au foye & à la ſurface du Péritoine, connues ſous le nom d'*Hydatides*; tandis que le reſte eſt renfermé dans d'autres veſſies de différente grandeur, depuis celle d'une Hydatide jufqu'à celle d'une boule contenant un demi-ſeptier, ou une chopine d'eau. C'eſt-là ce qu'on appelle *Hydropiſie Enkiſtée.* La petiteſſe de ces Kiſts rend l'opération inutile; mais elle n'eſt pas difficile à diſtinguer: car la fluctuation de l'eau n'y eſt pas ſenſible, à moins qu'il ne ſe rencontre en même-tems une extravaſion.

Quand la fluctuation ſe fait à peine ſentir, il y a toute apparence que la liqueur eſt gelatineuſe, à moins que les tegumens de l'Abdomen ne ſoient fort épaiſſis par une Anaſarque. Je l'ai trouvée ſi viſqueuſe en certains malades, qu'elle ne pouvoit paſſer par un Troicart ordinaire. C'eſt pourquoi il eſt bon d'en avoir deux de la grandeur qu'on voit dans la Planche. J'ai fait une fois la ponction à

une personne, dont les eaux ne purent même passer par un gros Troicart. Ainsi pour la soulager de la distension qu'elle souffroit, je dilatai l'orifice avec une grosse tente d'éponge, & ensuite je tirai une prodigieuse quantité d'Hydatides dures & bien distinctes, qui me parurent ne différer en rien de la nature d'un Polype qui se forme dans le nez.

Il y a une autre sorte d'Hydropisie, qui la plûpart du tems n'admet point l'opération. Elle est particuliere aux femmes, & a son siége dans le corps d'un ou des deux Ovaires. Je crois qu'on peut toujours la reconnoître par la dureté & l'irrégularité de la tumeur du ventre; au lieu que dans les autres Hydropisies la tumeur est presque uniforme.

Quand l'Hydropisie attaque l'Ovaire, l'eau est ordinairement déposée dans un grand nombre de cellules qui sont formées dans le corps de cette partie. C'est ce qui empêche de sentir la fluctuation, & qui rend la ponction inutile. Quelquefois néan-

moins l'eau n'occupe qu'une ou deux cellules. Alors si l'Ovaire est fort grossi, on sentira aisément l'ondulation, & l'opération sera à propos. Je la fis une fois à une Dame qui étoit dans ce cas. Son Ovaire après la ponction ne rendit qu'un demi-septier d'eau. Mais comme j'étois toujours persuadé par le tact, qu'il y avoit un gros Kist, je plongeai le Troicart dans un autre endroit, & je tirai près de quatre pintes d'eau. J'eus occasion après la mort de cette Dame de me convaincre du fait en examinant le cadavre.

Lorsque l'Ascite & l'Anasarque sont compliquées, l'opération convient rarement. On peut évacuer l'eau beaucoup plus sûrement par des scarifications aux jambes, que par la ponction.

Supposé donc que rien n'empêche de vuider l'eau, voici la maniere dont on fait la ponction. Ayant placé le malade sur une chaise d'une hauteur convenable, on lui fait presser son ventre avec ses deux mains join-

tes; puis ayant trempé le Troicart dans l'huile, on le plonge tout d'un coup à travers les tegumens; & retirant le Poinçon, on laisse écouler les eaux par la Canule. Comme l'*Abdomen*, quand il est rempli d'eau, ressemble à une vessie pleine d'un liquide, il n'importeroit en quel endroit on fît la ponction; mais la crainte de blesser le foye, s'il se trouvoit fort tumefié, a engagé les Chirurgiens à choisir plutôt le côté gauche, & ordinairement un endroit environ trois pouces au-dessous & à côté du Nombril.

Si le Nombril est prominent, on peut faire avec la lancette une petite ponction à travers la peau; & les eaux se vuideront promptement par cette ouverture, sans aucun danger qu'il survienne ensuite une Hernie, comme plusieurs Auteurs l'appréhendent. Soit que le Chirurgien emploie la lancette ou le Troicart pour la ponction, il ne doit pas craindre de blesser les intestins: car le Mesentére les tient dans un éloignement qui

les met hors de la portée des instrumens. Mais quelquefois lorsque l'eau est presque toute sortie, elle est tout d'un coup arrêtée par l'intestin ou l'épiploon, qui viennent se mettre contre le bout de la Canule. Dans ce cas on peut les repousser avec une sonde.

Pendant l'évacuation les Aides Chirurgiens doivent comprimer chaque côté du ventre avec autant de force que faisoient les eaux qui y étoient contenues auparavant. Faute de cette précaution, le malade tombe aisément en foiblesse; parce que les vaisseaux de l'*Abdomen* étant dégagés du poids qui les pressoit, & le Diaphragme venant à s'affaisser, il coule en conséquence plus de sang qu'à l'ordinaire dans les vaisseaux inférieurs; & comme les supérieurs se trouvent subitement désemplis, cela interrompt le cours régulier de la circulation.

Pour obvier à cet accident, il ne suffit pas de comprimer avec les mains pendant le tems de l'opération; il faut

continuer enſuite la compreſſion, en ſerrant le ventre avec une bande de Flanelle, longue d'environ huit aunes, & large de cinq pouces, commençant au bas du ventre, en ſorte que les inteſtins puiſſent réſiſter au Diaphragme. On peut reſerrer chaque jour la bande juſqu'au troiſiéme ou quatriéme jour; & dans cet intervalle les différentes parties auront repris leur reſſort naturel.

Un peu de charpie ſeche & un emplatre ſuffiront pour le panſement; mais on peut mettre entre la peau & la bande une double flanelle d'un pied en quarré, trempée dans l'eau-de-vie ou l'eſprit de vin.

Quoique cette opération ne guériſſe pas ſouvent d'une maniere radicale, elle ne laiſſe pas quelquefois de prolonger la vie de bien des années, & même de la rendre fort ſupportable, principalement ſi les eaux ont été long-tems à s'amaſſer. Je ſçais différentes perſonnes à qui on a fait durant pluſieurs années la ponction une fois le mois, & qui ne ſentoient

aucune incommodité dans les intervalles, jusques vers le tems de l'opération, que la tension du ventre leur causoit de la douleur. Il y a même des exemples de malades, qui après cela ne sont pas retombés. Au reste l'opération est si peu douloureuse & si peu dangereuse, qu'à raison des grands avantages qu'elle procure quelquefois, je ne puis que la recommander comme extrêmement utile.

PLANCHE III.

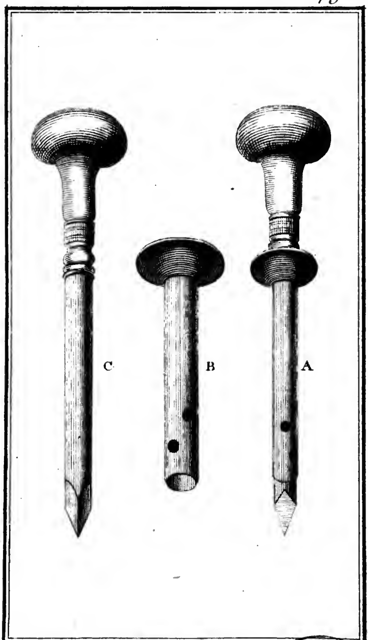
EXPLICATION.

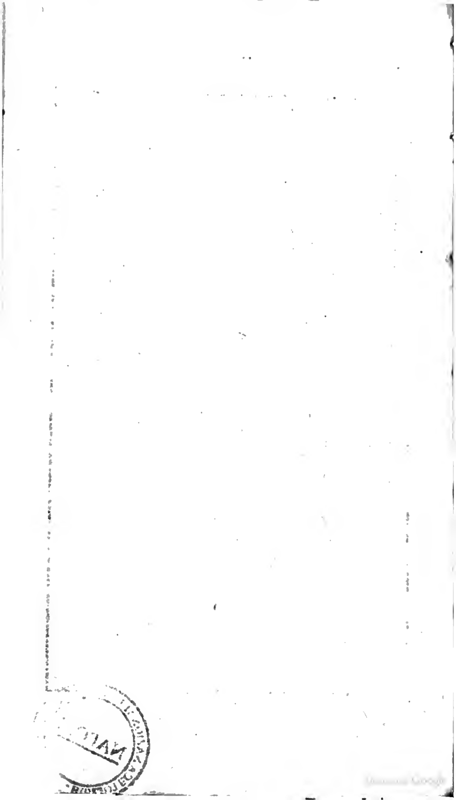
A. Troicart de la grosseur la plus convenable pour évacuer les eaux du ventre, quand elles ne sont pas gelatineuses. Il est ici représenté avec le Poinçon dans la Canule, de la même façon qu'il est placé, lorsqu'on fait l'opération.

B. Canule d'un gros Troicart, que j'ai recommandé dans les cas où l'eau est gelatineuse.

C. Poinçon d'un gros Troicart.

Le


C
B
A



Le manche du Troicart eſt ordinairement de bois, la Canule d'argent, & le Poinçon d'acier. Les ouvriers qui fabriquent cet inſtrument doivent avoir grand ſoin que le Poinçon rempliſſe exactement la cavité de la Canule : car ſi l'extrémité de la Canule ne joint pas parfaitement ſur le Poinçon, & ne lui eſt pas entierement de niveau, on ne pourra l'introduire dans l'*Abdomen* ſans cauſer beaucoup de douleur. Pour qu'elle gliſſe plus facilement, il eſt néceſſaire que ſon bord ſoit mince & tranchant. Je voudrois même que la Canule fût d'acier ; car une d'argent, qui eſt un métal trop doux, s'ébreche ou ſe caſſe à ſon extrémité, & ſe trouve enſuite de très-peu d'uſage.

Après l'opération il faut nettoyer & eſſuyer exactement la Canule, en paſſant à travers un morceau ou deux de flanelle ; autrement, lorſqu'on y aura remis le Poinçon, tous les deux ne manqueront pas de ſe rouiller.

CHAPITRE XIV.

De la Fistule à l'Anus.

SANS s'arrêter à la signification exacte du mot de *Fistule*, on entend généralement par *Fistule à l'Anus*, un abscès qui s'étend au-dehors & au-dedans de l'intestin *Rectum*. Il est vrai qu'un abscès dans cette partie, quand une fois il s'est ouvert, ne manque gueres, si on le néglige, de devenir calleux dans sa cavité & dans ses bords, & qu'il forme à la fin ce ce qu'on appelle proprement *Fistule*.

On prétend que la situation basse de l'Anus est la principale cause pourquoi il est si sujet à cette maladie, dans les différentes crises que souffre le tempérament. Mais une chose qui y contribue encore beaucoup, c'est la grande quantité de graisse qui entoure le *Rectum*, & la forte compression à laquelle sont exposés les vaisseaux Hemorrhoidaux ; qui étant

revêtus de tuniques très-lâches, sont moins capables de résister aux efforts que fait la nature pour se débarasser de ce qui la surcharge. Ainsi ils s'enflamment, puis ils suppurent, & occasionnent enfin la maladie dont nous parlons.

Que la graisse soit le siége propre de l'abscès, c'est ce que montre l'inflammation de la peau qui affecte la membrane Adipeuse, & qui y produit du pus. Dans cette occasion, la suppuration s'étend souvent d'une cellule à l'autre, & en peu de jours met à découvert une grande quantité de chair par-dessous, sans attaquer la chair-même. Bien plus, je crois qu'on peut douter, si dans les abscès qu'on regarde comme des suppurations des muscles, l'inflammation & le pus ne sont pas d'abord absolument formés dans cette membrane, aux endroits où elle s'insinue entre les interstices des fibres musculaires.

Les Hemorrhoïdes qui sont de petites tumeurs autour de l'Anus, audedans de la tunique interne du *Rec-*

tum, ſuppurent quelquefois, & deviennent les avant-coureurs d'un grand abſcès. Les injures extérieures peuvent auſſi le produire en cette partie, de même qu'en toutes les autres. Mais de quelque cauſe que vienne l'abſcès, l'opération doit s'y faire conformément à la nature & à la direction de ſa cavité.

Si le Chirurgien a traité l'abſcès dès le commencement, & qu'il paroiſſe une inflammation extérieure, ſeulement à un côté de la feſſe, il attendra que l'abſcès ait acquis une maturité convenable. Enſuite il fera une inciſion dans toute ſa longueur avec un biſtouri. De cette maniere, quand même la Veſſie ſeroit affectée, la grandeur de l'ouverture, & les bourdonnets qu'on appliquera ſans tamponner, empêcheront, ſuivant toute apparence, la corruption de l'inteſtin, & feront que la cavité ſe remplira, tout comme les abſcès des autres parties.

Si le Sinus s'étend juſqu'à l'autre feſſe, enſorte qu'il entoure preſque l'inteſtin, il faut le dilater de la mê-

me façon dans toute sa longueur; car dans les cavités spongieuses de cette espece, on ne sçauroit procurer la génération des chairs que par de grandes ouvertures. C'est pourquoi si la peau qui couvre le Sinus est fort mince, si elle est lâche & mollasse, il est encore absolument nécessaire de la couper entiérement; autrement le malade pourra bien succomber sous l'abondance de la suppuration, qui dans la circonstance présente est quelquefois excessive.

Par cette méthode, qu'on ne sçauroit trop recommander, on peut se promettre le succès le plus heureux & le plus surprenant; au lieu qu'en la négligeant, & en se contentant d'une petite ouverture; si la suppuration ne tue pas le malade, au moins le pus demeurant enfermé corrompt l'intestin, & s'insinuant à l'entour, forme plusieurs autres sinus, qui s'étendant en différens sens, déconcertent souvent l'Opérateur, & ont été cause qu'on a regardé si généralement la Fistule comme une maladie très-difficile à guérir.

J'ai considéré ici l'abscès comme occupant une grande partie de la fesse. Mais il arrive plus souvent que la matiére ne se manifeste au-dehors que par une inflammation de la peau, qui est de peu d'étendue, & que la direction du sinus suit celle de l'intestin. Dans ce cas, après avoir fait une petite ouverture, on peut s'assurer s'il pénétre dans l'intestin, en mettant le doigt dans l'Anus, & introduisant la sonde dans la cavité du sinus par l'ouverture extérieure. Alors si on sent la sonde avec le doigt, il n'y a plus lieu de douter que le sinus ne pénétre. Mais le plus souvent cela peut se reconnoître par le pus qui coule de l'Anus.

Quand la Fistule est en cet état, il n'y a pas à balancer. Ainsi ayant introduit sur le champ une des lames des ciseaux dans l'intestin, & l'autre dans l'ouverture, on coupera adroitement toute la longueur de la Fistule. On doit en agir de même, lorsque le boyau n'étant pas percé, le sinus est étroit, & regne le long ou

fort près de l'inteſtin. Car ſi on ſe ſert de tentes pour l'abſcès, ce qui eſt la ſeule maniere dont on peut le panſer, tandis que l'orifice extérieur eſt petit, comme je l'ai ici ſuppoſé, il deviendra preſqu'immanquablement calleux. C'eſt pourquoi la méthode la plus sûre eſt d'ouvrir l'inteſtin, afin de pouvoir appliquer au fond de la plaie les remédes convenables. Cependant il faut bien faire attention qu'il y a quelquefois des Sinus qui, quoique aſſez proches de l'inteſtin, ne s'étendent pas néanmoins au-dedans, ni le long de cette partie ; auquel cas on doit les ouvrir ſuivant leur direction.

Il y a beaucoup de ſujets où le boyau eſt tellement ulceré, que le pus coule librement de l'abſcès par l'Anus. Mais je crois qu'il n'en eſt aucun où l'on ne puiſſe appercevoir à travers la peau quelque marque de la route que tient la matiére ; & cela par le peu d'épaiſſeur & le changement de couleur de la peau, ou par ſa dureté. Quand on a découvert cette route, on peut l'ouvrir avec une lan-

lancette ; & alors c'eſt tout comme ſi le pus avoit fait éminence au-dehors.

Si les ſinus qui pénétrent au-dedans, ou qui ſont autour du boyau, ne ſont pas calleux, & qu'on puiſſe ſuivre leur direction, il ſuffira quelquefois de les ouvrir ſimplement avec les ciſeaux, ou avec un biſtouri conduit par une ſonde crenelée. Mais il eſt ordinairement plus sûr d'emporter entiérement le morceau de chair qui ſe trouve compris entre les inciſions ; & s'il eſt calleux, cela eſt abſolument néceſſaire : autrement il faudra détruire enſuite les calloſités par des eſcarotiques ; ce qui eſt une méthode ennuyeuſe & cruelle.

Quand la Fiſtule dure depuis long-tems, & qu'on eſt maître de choiſir le tems pour l'opération, il eſt à propos de faire prendre la veille au malade une doſe de Rhubarbe. Ce remede non-ſeulement vuidera les inteſtins, mais encore reſerrera le ventre pendant quelque tems, & évitera l'inconvénient d'ôter l'appareil du

panſement, pour que le malade puiſſe aller au baſſin.

Les orifices de la Fiſtule ſont quelquefois ſi petits, que les ciſeaux n'y ſçauroient entrer. Il faut alors les dilater avec des tentes d'éponges.

Pour exécuter ces opérations à l'Anus, je ne crois pas qu'il y ait d'inſtrument auſſi commode que le biſtouri & les ciſeaux. Preſque tous les autres qui ont été inventés en vûe d'opérer plus aiſément, ne ſont pas ſeulement difficiles à manier; ils ſont outre cela plus douloureux pour le malade. Je n'avertis pas de s'abſtenir de couper le Sphincter. L'expérience a montré qu'on peut le faire ſans qu'il y ait beaucoup à craindre que le malade ne puiſſe retenir ſes matiéres. En effet ce muſcle eſt ſi court, qu'on ne peut gueres s'empêcher de le couper dans les dilatations qu'on fait à l'inteſtin.

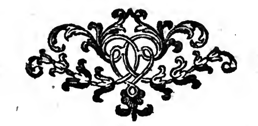
La plus mauvaiſe eſpece de Fiſtule, eſt celle qui communique avec la Veſſie, & dans laquelle les Proſtates ſont principalement attaquées. Elle vient pour l'ordinaire d'une Gonor-

rhée précédente. D'abord elle paroît extérieurement au Périnée ; ensuite augmentant de plus en plus en s'avançant vers l'Anus, elle s'ouvre au-dehors par divers orifices à travers la peau, qui devient bien-tôt calleuse & en quelque façon pourrie. Une partie de l'urine venant alors à passer par ces orifices, cause souvent autant de douleur, & une douleur de même nature que feroit une pierre dans la vessie.

Comme je n'ai rencontré aucune Fistule de cette espece, dont je ne pusse trouver la cause dans une Gonorrhée précédente, cela m'a engagé en les traitant de mettre en usage la salivation, qui après l'opération aide extrêmement à consolider la plaie. La maniere d'ouvrir cette Fistule, est d'emporter la peau calleuse & les élévations, en coupant aussi bas que le muscle Accélérateur de l'urine ; & un peu plus bas entre ce muscle & l'Erecteur de la verge, si les callosités sont en cet endroit. Cette opération est douloureuse : mais le succès dédommage

bien de la douleur qu'elle cause. Cependant s'il y a plusieurs sinus qui pénétrent dans la Vessie, il ne faut pas s'attendre qu'ils guériront tous : mais ils seront réduits à un ou deux ; presque toute l'urine coulera par l'urethre, & la douleur cessera entiérement. C'est de quoi j'ai vû deux ou trois exemples remarquables en des malades que je traitois.

Quant à la méthode particuliere de panser les abscès de l'*Anus*, on peut l'apprendre dans l'Introduction.



CHAPITRE XV.

De la Ponction du Périnée.

ON fait cette opération lorsque l'urine est tellement retenue dans la Vessie, qu'on ne peut l'évacuer par aucun moyen plus doux, ni introduire une sonde dans la Vessie à cause de l'obstruction qui est dans son col, ou dans l'urethre. La façon d'opérer, suivant qu'on la trouve décrite dans la plûpart des Auteurs, consiste à plonger un Troicart ordinaire dans la cavité de la Vessie, à l'endroit où se fait l'incision extérieure dans l'ancienne maniere de tailler, & à procurer la sortie de l'eau à travers la canule. D'autres voulant rafiner sur cette pratique, ordonnent de conduire une incision depuis le même endroit, jusque dans la Vessie, & d'y mettre ensuite la canule. Mais à mon avis ces deux méthodes doivent être également rejettées; & au lieu de ce-

la, il faut faire une ouverture un peu au-dessus de l'os *Pubis*. Car outre qu'il n'est pas aisé de conduire l'instrument à travers les Prostates jusque dans la Vessie; la nécessité de le tenir du tems de suite dans une partie déja fort enflammée & tuméfiée, ne manque gueres d'avoir de mauvais effets, & même de causer la gangrêne.

Il y a quelque tems qu'une Dame fut attaquée d'une difficulté d'uriner. Elle ne rendoit son urine que par goutes, avec une douleur excessive; & bien-tôt après le canal de l'urethre fut entiérement bouché. Ayant essayé inutilement de faire entrer la plus petite sonde que je pus trouver, j'introduisis mon doigt dans le Vagin, & je sentis une tumeur fort dure vers le col de la Vessie. La malade n'avoit point uriné du tout depuis cinq jours. Comme elle étoit à l'extrémité, & que nous jugions qu'elle n'avoit plus que quelques heures de vie, je pratiquai l'incision au-dessus de l'os Pubis, ouvrant la peau de la longueur d'environ deux pouces, & la Vessie de la

longueur d'environ un demi-pouce. Ayant vuidé par ce moyen une prodigieuse quantité d'urine, j'entretins l'ouverture avec une tente creuse, jusqu'à ce que la tumeur se fût dissipée; ce qui se fit peu à peu avec le secours des remédes convenables. Au bout d'environ six semaines, cette Dame urina librement, & quelque tems après elle recouvra une santé parfaite.



CHAPITRE XVI.

De la Pierre.

IL ſe forme des concrétions pierreuſes en différentes parties du corps ; mais je ne parlerai que de celles qui attaquent les reins & la veſſie. On n'a encore donné juſqu'ici aucune explication ſatisfaiſante des cauſes de cette diſpoſition qu'ont les fluides à former ces ſortes de concrétions. Et quoique les diverſes expériences qui ont été faites ſur le ſable de l'urine, & ſur le tartre du vin, montrent que ces deux matiéres ſe reſſemblent, & qu'on peut les regarder ſur le même pied ; cependant on ne ſçauroit découvrir par là ce qui produit immédiatement cette diſpoſition calculeuſe. Du moins ne ſçauroit-on l'attribuer, avec aucune certitude, à un régime, ou à un climat particulier, comme on le fait ordinairement : puiſque nous voyons que dans tous les pays, &

parmi les personnes de toute condition, parmi les gens sobres comme parmi les intemperans, la Pierre est une maladie fréquente.

Le grand nombre de ceux que l'on taille dans les Hôpitaux de Paris, où l'eau d'*Arcueil* est si pierreuse, sembleroit d'abord appuyer l'opinion de ceux qui attribuent la formation de la pierre à quelques fluides particulieres reçûs dans le sang. Je crois néanmoins, tout bien considéré, que cet exemple, sur lequel on appuie tant, ne conclut rien du tout; puisque la plûpart de ces malades viennent des Provinces ou des Villages éloignés, qui ne boivent pas de l'eau d'*Arcueil.* Quant aux Habitans de Paris, suivant ce que j'ai pû apprendre des Chirurgiens de cette Ville, il se trouve que le nombre de ceux qui parmi eux sont affligés de la Pierre, est à peu près le même qu'à Londres. Cette réflexion, jointe à ce qu'on voit beaucoup plus d'enfans que d'hommes attaqués de cette maladie, porte à croire qu'elle vient bien plus

souvent

ſouvent de naiſſance, que d'aucune cauſe extérieure.

Il eſt certain que l'urine eſt ordinairement fort chargée d'une matiére propre à former une Pierre; & peut-être que ſi elle ſe refroidiſſoit dans la Veſſie, elle y dépoſeroit toujours cette matiére, comme elle fait aux côtés du pot-de-chambre; quoique le mucilage qui couvre les tuniques de la Veſſie, empêche que les particules pierreuſes ne s'y attachent auſſi facilement qu'aux côtés du pot-de-chambre. Mais nous voyons que quand un corps dur a pénétré dans la Veſſie, il ne manque gueres de devenir le noyau d'une Pierre; ſoit que ce ſoit un gros gravier, une épingle, une bale, ou quelque autre ſubſtance étrangere & dure.

Il y a des Pierres qui groſſiſſent prodigieuſement en peu de tems, & d'autres qui demeurent pluſieurs années ſans augmenter. Cela donne lieu de croire que le tempérament change extrémement en divers tems, par rapport aux ſecretions des parti-

cules pierreuſes. Ce qu'on voit dans le plus grand nombre des Pierres, quand elles ſont ſciées adroitement, nous prouve encore que ce changement qui arrive au tempérament, ne paroît pas ſeulement dans la quantité du gravier qui ſe joint à la Pierre, mais encore dans ſa qualité. Ainſi une Pierre rouge & uniforme d'un pouce de diamettre, a peut-être été une Pierre blanche & polie, quand elle n'avoit qu'un demi-pouce. Elle a peut-être été une Pierre brune, & de la figure d'une meure, quand elle n'avoit qu'un quart de pouce; & ainſi à proportion elle a pû changer en divers tems.

De l'application qui ſe fait des graviers de différente couleur, viennent ordinairement les diverſes couches qu'on remarque dans une Pierre. Quelquefois néanmoins ces couches ſont preſque de même couleur & de même nature. Il ſemble qu'on doit alors les attribuer à ce que la Pierre a ceſſé de groſſir durant un certain tems. Dans cet intervalle ſa ſurface

devient lisse & compacte, à cause du frotement qu'elle souffre contre les tuniques de la Vessie, & parce que le courant de l'urine l'use & la diminue. Ainsi quand il s'y attache de nouveaux graviers moins serrés, sa différente densité en cet endroit fait nécessairement les rayes qui paroissent dans une Pierre sciée, & qui ne sont autre chose que la surface extérieure de chaque couche.

Ce qui semble prouver que les différentes couches de ces pierres viennent de ce qu'elles cessent de grossir, & non d'aucune disposition particuliere du sable à prendre cette configuration ; c'est qu'en examinant quelques autres Pierres, on trouve qu'une grande quantité de gravier s'est d'abord amassée sans aucun noyau, & qu'elle est devenue une masse spongieuse & uniforme, qui ensuite a été couverte de plusieurs couches.

Il n'est pas étonnant qu'il se forme si communément des Pierres dans les reins ; puisque l'urine si-tôt qu'elle est

déchargée dans le baſſinet, développe naturellement ſa diſpoſition pétrifique; c'eſt-à-dire, que les particules pierreuſes ayant autant de diſpoſition à s'unir les unes aux autres dans les reins que dans la veſſie, elles ne manqueront pas de former ordinairement des graviers & des pierres dans les reins, ſi-tôt qu'elles s'y rencontreront enſemble.

Les petites pierres & les graviers ſe rendent ſouvent ſans douleur. Mais quelquefois ils s'amaſſent dans les reins & deviennent fort gros. Dans ce cas une attaque de Gravelle guérit la maladie; parce que l'inflammation & la douleur occaſionnent des contractions convulſives, qui à la fin chaſſent les pierres au-dehors. Différentes ſortes de remédes ſoulagent beaucoup dans cette maladie, comme les Mucilagineux, les Savoneux, &c. dont les uns ſont propres à lubrifier, & les autres à lubrifier & à irriter en même tems.

La force de l'urine aide extrêmement le paſſage du ſable à travers les

Uretéres. Cette force eſt ſi conſidérable, que j'ai vû une Pierre qui ayant été arrêtée dans l'Uretére dès le tems de ſa premiere formation, étoit entiérement percée dans toute ſa longueur, & formoit un large canal pour le paſſage de l'urine. Comme les Uretéres ſont fort étroits lorſqu'ils paſſent ſur le muſcle *Pſoas*, & à leur entrée dans la Veſſie, ils rendent le mouvement de la Pierre fort douloureux & fort difficile en ces endroits-là. Mais les douleurs ſont ordinairement moindres après la premiere attaque. Car quand les Uretéres ont été une fois dilatés, ils demeurent pour l'ordinaire dans le même état. Je les ai ſouvent vûs de la groſſeur d'un doigt; mais on les a trouvé encore plus gros.

Quand une fois la Pierre a acquis un médiocre volume dans la Veſſie, elle a coutume de produire les ſymptomes ſuivans. Le malade a de fréquentes envies d'uriner; l'urine ſort goute à goute, avec une douleur exceſſive; & quelquefois elle s'arrête

tout d'un coup, si elle couloit librement. Après avoir uriné on ressent au Gland une vive douleur, qui dure une, deux, ou trois minutes. Dans la plûpart des malades, les violens efforts causent une contraction du *Rectum*, & l'obligent à expulser les excrémens; ou s'il est vuide, ils produisent un Tenesme, qui est quelquefois accompagné d'une chûte de fondement. L'urine est souvent teinte de sang par la rupture des vaisseaux; & quelquefois il sort du sang tout pur. Quelquefois l'urine est fort claire; mais souvent il se dépose au fond beaucoup de sédiment glaireux, lequel n'est autre chose que la mucosité de la Vessie, qui en a été séparée contre nature, & qu'on a souvent pris mal-à-propos pour du pus: ce qui a fait croire que les ulcéres de la Vessie étoient communs; au lieu que réellement c'est une maladie très-rare.

Ce sont là les symptomes de la Pierre dans la Vessie. Cependant ils ne sont pas des signes certains. Une Pierre dans l'Uretére ou dans les

Reins, ou une inflammation de la Veſſie, par quelque autre cauſe, produit quelquefois les mêmes accidens. Mais ſi le malade ne peut uriner que dans une certaine ſituation, c'eſt preſque un ſigne sûr que l'orifice de la Veſſie eſt bouché par une Pierre. Si le malade trouve du ſoulagement en ſe preſſant le périnée avec les doigts, ou en poſant cette partie ſur un corps dur, il n'y a gueres à douter que ce ſoulagement ne vienne, de ce que le poids de la Pierre ne ſe fait pas alors ſentir. Enfin, ſi outre la plûpart de ces ſymptomes le malade croit pouvoir la ſentir rouler dans ſa Veſſie, il n'eſt preſque pas poſſible de s'y méprendre. Cependant on ne ſçauroit en juger sûrement que par la ſonde.

Il n'eſt pas fort étonnant qu'on ne puiſſe aiſément diſtinguer les ſymptomes de la Pierre, de pluſieurs autres affections de la Veſſie, quand on conſidere qu'une attaque de la Pierre n'eſt autre choſe qu'une inflammation des tuniques de la Veſſie, & que cette inflammation, quoiqu'excitée par la

Pierre, demande cependant une disposition dans le sang à la produire. Car si les douleurs étoient alors simplement un effet de l'irritation de la Vessie, il s'ensuivroit que la Pierre étant toujours la même, l'attaque seroit continuelle. Mais outre que tous les malades ont des intervalles considérables de relâche, & des intervalles qui sont souvent de plusieurs mois, si ce n'est quand la Pierre est fort grosse & pointue; il se trouve quelquefois d'heureux tempéramens, qui, même après avoir beaucoup souffert durant un certain tems, ne ressentent du tout plus de douleur.

Pour prévenir la violence & les retours fréquens des attaques de la Pierre, il est bon de saigner, & de purger doucement avec la Manne. Il est encore très-utile de s'abstenir de biere, & des excès dans le boire & dans le manger. Mais se nourrir de laict, & faire usage du miel sont les meilleurs moyens, non-seulement pour prévenir l'inflammation, mais peut-être aussi pour empêcher la Pierre de grossir davantage.

Le

En considérant de cette maniere les symptomes de la Pierre, & les fréquens intervalles de relâche qui arrivent sans le secours des remedes, on ne doit pas s'étonner si tant de malades ont crû que leur Pierre étoit dissoute, après avoir observé un certain régime; & si dans tous les siécles il y a eu beaucoup de gens, qui pendant un tems considérable ont été dans l'erreur au sujet d'un prétendu dissolvant, quoiqu'on n'en ait connû aucun de sûr, si ce n'est depuis peu, qu'on a découvert que la chaux & le savon sont souvent efficaces en cette maladie.



CHAPITRE XVII.

De la maniere de sonder.

LE malade étant placé sur une table horizontale, les cuisses élevées & un peu étendues, faites entrer la sonde, observant de tourner de votre côté sa partie concave, & enfoncez-la, jusqu'à ce qu'elle trouve de la résistance dans le Périnée, un peu au-dessus de l'*Anus*. Alors tournez-la sans violence, & poussez-la doucement jusques dans la vessie. Si elle rencontre un obstacle au Col, levez en haut son bec, en baissant de votre côté le manche. Si alors elle ne pénétre pas dans la vessie, retirez-la de la longueur de trois lignes, & introduisant votre doigt *Index* dans le *Rectum*, soulevez-la; & pour lors elle manquera rarement d'entrer.

Il faut une certaine adresse pour tourner la sonde à l'endroit conve-

nable de l'uréthre; ce que les Chirurgiens qui ne sont pas versés dans cette opération, ne sçauroient bien exécuter. C'est pourquoi ils peuvent conduire la sonde, en tenant toujours sa concavité du côté du ventre du malade, observant la même regle à l'entrée de la vessie que dans l'autre méthode. Ce qui produit l'obstacle qu'on rencontre, c'est souvent une petite avance de l'orifice de la vessie dans l'uréthre, semblable à celle de l'orifice de la Matrice dans le Vagin. Cette avance fait que le bec de la sonde glisse un peu au-delà.

Il ne faut pas s'imaginer que par le moyen de la sonde on puisse juger positivement du volume & de la figure de la Pierre. La fréquence des attaques & la violence des symptomes sont une regle plus sûre. Quiconque néanmoins croira pouvoir distinguer absolument par ce moyen la différence des pierres, se trompera quelquefois, puisque la fréquence & la violence de la douleur ne dépendent pas toujours simplement de la grof-

ſeur ou de la figure des pierres, & qu'il y a des exemples où une pierre du poids de ſix grains a cauſé plus de douleur à une perſonne durant pluſieurs mois, qu'une beaucoup plus groſſe n'a fait à une autre. Cependant il n'eſt pas douteux, le reſte étant égal, qu'une pierre groſſe ou raboteuſe ne ſoit plus incommode qu'une autre, qui ſera petite ou polie.

Quoiqu'on ſe ſoit aſſûré par la ſonde qu'il y a une pierre dans la veſſie, on ne doit pas, ſans un nouvel examen, en venir tout de ſuite à l'opération. Il y a quelquefois des obſtacles qui l'empêchent, ou abſolument, ou ſeulement pour quelque tems. Le principal de ces obſtacles eſt le gravier ou la pierre dans les reins; ce que l'on reconnoît par la douleur des lombes, les vomiſſemens, le retirement des teſticules, l'engourdiſſement des cuiſſes, & ſouvent par le pus que l'inflammation produit dans les reins. Les obſtacles moins conſidérables, & que l'on

vient souvent à bout d'éloigner, sont une attaque de la pierre, une toux, une fiévre lente, une exténuation causée par de longues douleurs. Un tems excessivement chaud ou froid est encore un empêchement; mais on peut bien n'y avoir point d'égard, quand le danger est extrême. Il est néanmoins certain que la grande chaleur est plus fâcheuse & plus dangereuse que le froid, d'autant qu'il est alors bien plus incommode de garder le lit, & que l'urine est beaucoup plus salée.

La différence d'âge rend le danger fort différent. Les enfans & les jeunes gens guérissent presque toujours. Cependant l'opération convient aussi dans les personnes avancées en âge, quoique le succès ne soit pas, à beaucoup près, si heureux. Cette opération se fait de quatre manieres différentes. Je les décrirai toutes avec leurs inconvéniens particuliers, afin qu'on puisse plus aisément choisir celle qui en a le moins.

Avant que d'en venir à l'opéra-

tion, quelque méthode que l'on ſuive, il faut préparer le malade par une douce purgation la veille, & un lavement le lendemain de bon matin. Ces remédes ſeront d'une grande utilité, en ce qu'ils rafraichiront le corps, & rendront moins dangereuſes quelques-unes de ces opérations, où le Rectum eſt exposé à être bleſſé, quand il ſe trouve plein.



CHAPITRE XVIII.

Du petit Appareil, ou de l'Incision sur la Pierre.

LA plus ancienne maniere de tailler est celle que décrit Celse, & qui est connue sous le nom de d'*Incision sur la Pierre.* Mais depuis le tems de *Jean de Romanis*, elle est aussi appellée *la Taille au petit appareil*, pour la distinguer de sa nouvelle Méthode, qui à raison du grand nombre d'instrumens qu'on y emploie, est nommée *la Taille au grand appareil.* Voici la maniere de faire cette opération. On introduit d'abord dans l'*Anus* le doigt *Index* & le doigt du milieu de la main gauche, après les avoir trempés dans l'huile; & pressant doucement avec la main droite au-dessus de l'os *Pubis*, on tâche d'amener la pierre vers le col de la vessie. On fait ensuite une incision

au côté gauche du Périnée, au-dessus de l'*Anus*, directement sur la pierre, & on la tire par la plaie, soit avec les doigts, soit avec une Curette.

Cette façon de tailler étoit accompagnée de plusieurs difficultés, faute d'instrumens convenables pour conduire l'incision, & pour tirer la pierre, lorsque les doigts ne pouvoient y atteindre ; ce qui arrivoit souvent dans une grande vessie. C'est pourquoi il est surprenant que Celse bornât l'opération à l'âge d'entre neuf & quatorze ans ; puisqu'elle est beaucoup plus aisée à faire dans l'enfance qu'à cet âge-là. Aussi paroît-il clairement par ce qu'il en dit, que plusieurs malades mouroient de la violence que souffroit la vessie par les efforts qu'on faisoit pour amener la pierre en devant ; sans quoi les Opérateurs n'y réussissoient pas, & les malades n'étoient point taillés.

La plaie de la vessie dans cette opération se faisoit au même endroit où elle se fait maintenant dans l'appareil lateral. Mais comme cette opé-

ration étoit impraticable en quelques sujets, & incertaine en tous les autres, elle a été à cause de cela universellement rejettée. Ainsi il n'y a personne aujourd'hui qui fasse d'incision, sans être guidé par une sonde, à moins que la pierre n'empêche absolument de l'introduire, en pressant contre le col de la vessie, & en bouchant l'orifice. Dans ce cas, lorsqu'on taille directement sur la pierre, il est beaucoup plus sûr de la repousser dans la vessie, & de la saisir avec les Tenettes, que de vouloir la tirer de force avec la Curette ou les doigts; ce qui est la circonstance qui distingue cette méthode de celle de Celse.

Il faut bien observer néanmoins, que quand je parle de repousser la pierre, je la suppose au col de la vessie: car il arrive souvent qu'elle est placée à l'extrémité de l'uréthre, hors de la vessie. Alors on peut faire à l'uréthre une incision assez grande pour tirer la pierre avec les doigts, ou avec le bout de quelque instrument qui soit mince.

CHAPITRE XIX.

Du grand Appareil, ou de l'ancienne façon de tailler.

CETTE Méthode inventée par *Jean de Romanis*, & publiée par son disciple *Marianus* l'an 1524. a souffert en différens tems, & chez différentes nations, des variétés considérables en quelques points, & particulierement quant à l'usage de certains instrumens. Je décrirai simplement ici la maniere dont elle se pratique aujourd'hui, avec toutes les perfections qu'elle a reçûes.

Ayant placé le malade sur une table quarrée & horizontale, haute de trois pieds, quatre pouces, avec un oreiller sous sa tête, on lui plie les jambes & les cuisses, & on approche ses talons des fesses, en liant ses mains à la plante de ses pieds avec deux forts liens de la longueur d'en-

viron deux aunes: & pour l'empêcher plus sûrement de remuer, on passe un double lien sous un de ses jarrets, & on conduit les quatre cordons autour de son cou, jusqu'à l'autre jarret; sous lequel ayant passé la boucle, on fait un nœud, en passant dans la boucle un des bouts.

Après cela, le malade ayant les cuisses écartées l'une de l'autre, & soutenues fortement par des serviteurs capables, on introduit la sonde, qui aura été auparavant trempée dans l'huile, & on la donne à tenir à un Aide Chirurgien, qui doit la pencher un peu du côté gauche du *Raphé*. Alors on commence l'incision immédiatement au-dessous du *Scrotum*, qui doit être tenu relevé, & on la continue jusqu'à deux travers de doigts de l'*Anus*. Ensuite changeant de direction, on pousse le bistouri le long de la crenelure de la sonde, assez avant dans le bulbe de l'utéthre; ou, comme il est à craindre qu'on ne blesse le *Rectum* en continuant l'incision, on peut tourner le dos du

bistouri de ce côté-là, & faire cette partie de l'incision de dedans en dehors. Si on coupoit un vaisseau considérable, il faudroit en faire la ligature, avant que d'aller plus loin dans l'opération.

L'incision étant finie, on introduit le Gorgeret dans la vessie, le long de la crenelure de la sonde; & pour exécuter cela avec plus de sûreté, il est bon, dès que la languette du Gorgeret est dans la crenelure, que l'Opérateur prenne lui-même la sonde avec la main gauche: car si l'Aide Chirurgien venoit par mégarde à trop incliner le manche du côté de l'Opérateur, ou à ne pas assez résister à la force du Gorgeret, cet instrument pourroit aisément abandonner la crenelure, & glisser entre le *Rectum* & la vessie; accident qui non-seulement embarrasse le Chirurgien dans le tems de l'opération, mais qui a le plus souvent de très-fâcheuses suites. Le Gorgeret étant introduit, on dilate l'uréthre & le col de la vessie avec le doigt *Index*, & on conduit les

Tenettes dans la vessie, les tenant fermées jusqu'à ce qu'on touche la pierre. Alors l'ayant saisie, on la serre médiocrement, & on la tire, en baissant vers le *Rectum.*



CHAPITRE XX.

Du Haut Appareil.

CETTE méthode de tailler fut publiée pour la premiere fois en 1561. par *Pierre Franco*, qui dans ſon Traité des Hernies dit l'avoir pratiquée une fois ſur un enfant avec beaucoup de ſuccès; mais qui en même tems conſeille de l'abandonner entiérement. Après lui *Roſſetus* la recommanda fortement dans ſon livre intitulé, *Partus Cæſareus*, imprimé en 1591. mais jamais il ne fit lui-même cette opération. M. *Tolet* rapporte qu'on l'avoit eſſayé à l'*Hôtel-Dieu*; & ſans entrer dans le détail des raiſons qui obligerent à ne la pas continuer, il dit ſeulement qu'on y avoit trouvé des inconvéniens. Vers l'an 1719. M. *Douglas* la pratiqua le premier en Angleterre, & d'autres enſuite après lui. La maniere de faire cette opération, telle qu'elle a

été perfectionnée depuis *Franco*, est celle qui suit.

Le malade étant placé sur une table quarrée, ses jambes pendantes, & attachées aux côtés de la table avec un lien qui passera par-dessus les genoux, sa tête & son corps un peu soulevés par un oreiller, afin de relâcher les muscles de l'Abdomen, & ses mains tenues fermes par des Aides; on injecte dans la vessie par le moyen d'une sonde creuse, autant d'eau d'Orge qu'elle en peut contenir. Cette quantité, dans un homme, est ordinairement d'environ huit onces, & quelquefois de douze. Pour faire cette injection plus commodément, on peut attacher au bout de la seringue & au manche de la sonde un uretére de Bœuf, qui étant flexible empêchera que l'instrument ne remue dans la vessie, & n'y cause de la douleur.

La vessie étant pleine, un Aide Chirurgien, pour empêcher la sortie de l'eau, saisit la Verge au moment qu'on retire la sonde, & la tient incli-

née d'un côté, ſans néanmoins faire tendre la peau du ventre. Alors l'Opérateur fait avec un biſtouri rond une inciſion d'environ quatre pouces de longueur, entre les muſcles *Droits* & les *Pyramidaux*, coupant le Corps Graiſſeux juſqu'à la veſſie, & pouſſant l'inciſion vers le bas, preſque juſqu'à la Verge. Il prend enſuite un biſtouri courbe, & continue l'inciſion juſques dans la veſſie, allant un peu au-deſſous du *Pubis*; & ſi-tôt que l'eau ſort, il introduit l'*Index* de la main gauche, qui ſert à diriger les Tenettes pour aller ſaiſir la pierre. Cette méthode fut d'abord reçûe à Londres avec beaucoup d'applaudiſſement; mais après quelques eſſais, elle fut rejettée à cauſe des inconvéniens ſuivans.

Quelquefois la veſſie, nonobſtant l'injection, demeure tellement enfoncée ſous l'os *Pubis*, que le Péritoine ayant été néceſſairement bleſſé, avant que d'arriver à la veſſie, les inteſtins ſortent auſſi-tôt par l'ouverture, & que l'urine ſe répand enſuite dans

l'*Abdomen*

l'*Abdomen*. Cet accident eſt tel que peu de malades en réchappent. L'injection même eſt extrêmement douloureuſe; & avec quelque lenteur qu'on s'y prenne, elle étend la veſſie beaucoup plus vîte que ne fait l'urine en venant des reins, & beaucoup plus fortement qu'elle n'eſt en état de ſupporter. Il arrive de-là que non-ſeulement la veſſie eſt rarement aſſez dilatée pour que l'opération ſoit abſolument sûre, mais que même elle ſe créve quelquefois, ou qu'au moins ſon reſſort eſt détruit par la prompte dilatation qu'elle a ſoufferte. Ce qui augmente le danger, c'eſt qu'on peut rencontrer une veſſie durcie & racornie; circonſtance qui accompagne quelquefois la pierre, & qui étant extrêmement dangereuſe dans toutes les autres méthodes, eſt effrayante dans celle-ci, non-ſeulement par la néceſſité de bleſſer le Péritoine, mais encore par la difficulté d'arriver juſqu'à la pierre.

Si la pierre eſt fort petite, il eſt mal-aiſé de la ſaiſir avec les Tenettes;

& dans un sujet gras les doigts ne sont pas assez longs pour y atteindre. S'il y a plusieurs petites pierres, on n'en pourra guéres tirer plus d'une à la fois. Si la pierre se brise, non-seulement il sera impossible de la tirer entiérement; mais outre cela, à cause de la situation du malade qui est couché sur son dos, elle restera ordinairement dans la vessie; au lieu que dans les autres méthodes elle sort le plus souvent d'elle-même avec l'urine.

Mais quand on supposeroit que l'opération réussît, les suites en sont d'ordinaire très-fâcheuses; car l'urine sortant par une ouverture où il n'y a point de pente, se répand dans l'*Abdomen*, & cause des excoriations fort douloureuses. Ce qui est encore pire, c'est qu'elle s'insinue quelquefois dans les cellules qui sont entre la vessie & les muscles du ventre; & cela joint à l'inflammation que l'opération a produite, attire en cet endroit une suppuration, qu'il est toujours difficile de ménager, & qui est souvent mortelle.

CHAPITRE XXI.

De l'Opération Laterale.

CETTE méthode fut inventée par un Moine nommé *Frere Jacques*. Il vint à Paris en 1697. chargé de Certificats qui atteſtoient ſon adreſſe à opérer ; & s'étant fait connoître à la Cour & aux Magiſtrats de cette Ville, il obtint une permiſſion de tailler à l'*Hôtel-Dieu* & à la *Charité*, où il fit cette opération ſur environ cinquante perſonnes. Le ſuccès ne répondit pas à ce qu'il avoit promis ; & dès-lors ſa réputation alla en décadence, ſi on en croit M. *Dionis*, qui nous a inſtruit de ces particularités.

Les Chirurgiens de ce tems-là traiterent *Frere Jacques* d'ignorant & de cruel ; & quoique par l'examen des parties qui ſont bleſſées dans cette méthode, quelques-uns d'entre les plus fameux de ces Chirurgiens ſuſ-

ſent d'avis pendant un tems, qu'elle pouvoit devenir très avantageuſe, en remédiant à quelques défauts dont elle étoit accompagnée ; néanmoins après avoir donné ce jugement, ils changerent tout d'un coup, ſans autre raiſon, ſuivant toute apparence, que parce qu'ils ne vouloient être redevables à perſonne qu'à un Chirurgien en forme, d'une découverte ſi importante.

Le principal défaut de cette maniere de tailler de *Frere Jacques* étoit que ſa ſonde n'avoit point de crenelure; ce qui faiſoit qu'il étoit difficile de conduire exactement le biſtouri dans la veſſie. D'ailleurs il ne prenoit aucun ſoin de ſes malades après l'opération ; tellement que faute d'un panſement convenable les plaies de quelques-uns devenoient fiſtuleuſes, & avoient d'autres fâcheuſes ſuites.

Mais je croirois volontiers qu'il réuſſiſſoit mieux, & qu'à la fin il en ſçavoit plus qu'on ne penſe communément : car je me ſouviens d'avoir vû, quand j'étois en France, une petite

Feuille qu'il publia en 1702. & dans laquelle sa méthode paroissoit si fort perfectionnée, qu'elle ne différoit en rien, ou en très-peu de chose, de celle d'aujourd'hui. Il avoit appris dans cet intervalle la nécessité de panser après l'opération, & il avoit si bien profité des critiques de Messieurs *Mery*, *Fagon*, *Felix* & *Hunauld*, qu'il se servoit alors d'une sonde crenelée. Ce qui est plus extraordinaire, c'est qu'il avoit taillé trente-huit malades de suite à Versailles, sans qu'il en fût mort aucun, comme il paroissoit par le Certificat qui étoit joint à la piéce.

Entre plusieurs personnes qui virent opérer *Frere Jacques*, étoit le fameux Professeur M. *Rau*, qui porta cette méthode en Hollande, & la pratiqua avec un succès étonnant. Il ne publia jamais rien lui-même là-dessus, quoiqu'il permît à plusieurs personnes d'assister à ses opérations. Mais après sa mort M. *Albinus* son successeur, Professeur d'Anatomie & de Chirurgie à Leyde, a donné au

public un détail fort circonſtancié de tout ce qui regarde cette opération. Il dit que M. *Rau* faiſoit ſon inciſion dans la veſſie au-delà des proſtates, & il en parle comme d'un point en quoi il avoit perfectionné la méthode de *Frere Jacques*.

Mais quiconque entreprendra de faire une inciſion en cet endroit, ſans toucher aux Proſtates, & ſur une ſonde ſemblable à celle dont M. *Albinus* a donné la figure, & qui eſt d'une longueur ordinaire, trouvera la choſe preſque impraticable : car ſi en inclinant un peu la ſonde vers le ventre & l'aine droite, on tâche d'élever cet endroit de la veſſie, & de l'approcher de l'inciſion, il ſe trouve que toute la ſonde, à l'exception de ſon extrémité, ſe retire dans l'uréthre, & ne laiſſe aucun moyen pour guider le biſtouri.

De plus, ce qui montre que M. *Rau* coupoit les Proſtates, c'eſt ce qui étoit arrivé en certains cas, dont M. *Cheſelden* fit part au public, lorſqu'il entreprit pour la premiere fois

l'Opération Laterale. Il regardoit comme une chose presque impossible de faire l'incision en cet endroit, à moins que la vessie ne fût distendue; & pour cet effet, il y injectoit autant d'eau d'Orge que le malade en pouvoit supporter; ce qui faisoit enfler la vessie en devant, & la mettoit à portée de la plaie extérieure; de façon qu'en y laissant la sonde, il coupoit dessus fort aisément. Il exécutoit toutes ces opérations avec une adresse infinie. Mais la plaie de la vessie venant à se retirer, quand celle-ci s'étoit vuidée, ne laissoit pas une issue libre à l'urine, qui s'insinuant entre les muscles voisins & les membranes cellulaires, faisoit périr quatre malades sur dix qui étoient taillés de cette maniere, & mettoit quelques-uns des autres à deux doigts de la mort.

Si donc une plaie de la vessie au-delà des Prostates a eu en tant d'occasions de si fâcheuses suites, & si on trouve par expérience, qu'il est extrêmement difficile en quelques sujets de pousser même l'incision jusqu'aux

Proſtates ; il ſe peut très-bien faire que M. *Albinus* ſe ſoit trompé dans ſa deſcription, ou que M. *Rau* lui-même, s'il penſoit ainſi, ſe ſoit mépris au ſujet des parties qu'il bleſſoit ; puiſque nous ſçavons qu'on a toujours crû, ſi ce n'eſt depuis quelques années, qu'on coupoit une portion de la veſſie dans l'ancienne maniere de tailler.

Après le mauvais ſuccès de ces tentatives, M. *Cheſelden* fit uſage de la méthode ſuivante ; & c'eſt maintenant la pratique de la plûpart des Opérateurs Anglois.

Le malade étant placé ſur une table, les mains & les pieds liés, & la ſonde étant introduite, comme dans l'ancienne maniere de tailler, un Aide Chirurgien la tient un peu inclinée d'un côté ; de telle ſorte que ſa direction ſuive exactement le milieu du muſcle Erecteur de la verge du côté gauche, & de l'*Accelerateur de l'urine* du même côté. On fait enſuite une très-grande inciſion à travers la peau & la graiſſe, commen-

çant

çant d'un côté du *Raphé*, un peu au-dessus de l'endroit où l'on coupe dans le Grand Appareil, & finissant un peu au-dessous de l'*Anus*, entre cette partie & la tubérosité de l'Ischion. Cette incision doit être poussée profondément entre les muscles, jusqu'à ce qu'on puisse sentir la glande Prostate. Alors on cherche l'endroit de la sonde, & l'ayant arrêtée où il faut, supposé qu'elle eût glissé, on tourne en haut le tranchant du bistouri, & on coupe toute la longueur des Prostates de dedans en dehors, poussant en même-tems en bas le *Rectum* avec un ou deux doigts de la main gauche. Par ces précautions on évite toujours de blesser l'intestin; après quoi l'opération se termine à peu près de la même maniere que dans le Grand Appareil.

Si ayant introduit les Tenettes, on ne trouve pas aussi-tôt la pierre, il faut élever leurs branches, & les tenir presque perpendiculairement, afin de pouvoir la sentir; car le plus souvent, quand elle est difficile à

trouver, cela vient de ce qu'elle est logée dans un des Sinus qui se forment quelquefois de chaque côté du col de la vessie, & qui s'avancent si fort en devant, que si la pierre y est placée, les Tenettes passent au-delà dans le moment qu'elles entrent dans la vessie. C'est pourquoi si on ne prend garde à cette circonstance, il sera impossible de saisir la pierre, ou même de la sentir.

Lorsqu'elle se brise, il est beaucoup plus sûr de tirer les morceaux avec les Tenettes, que de les abandonner à eux-mêmes, pour qu'ils sortent avec l'urine; & s'ils ne sont pas plus gros que du sable, la Curette est le meilleur instrument, & doit être préferée aux injections.

Quand la pierre qu'on tire, est raboteuse, il arrive très-rarement qu'il s'en trouve plus d'une; mais quand elle est lisse & polie, c'est presque un signe certain qu'il y en a encore d'autres. C'est pourquoi un Opérateur doit alors avoir soin d'examiner, non-seulement avec ses doigts, mais

encore avec quelque inſtrument convenable, celles qui reſtent.

Le grand inconvénient de l'Opération Latérale eſt l'hemorrhagie qui arrive quelquefois dans les hommes: car dans les enfans le danger eſt ſi peu de choſe, qu'il ne vaut pas la peine d'en parler. C'eſt-là néanmoins la principale difficulté qui a empêché que cette opération ne fût pratiquée univerſellement. Mais, ſuivant toute apparence, elle deviendra plus commune, quand on connoîtra mieux ce qu'elle vaut, & qu'on ſera une fois bien convaincu que les fâcheuſes ſuites de la plûpart de ces hemorrhagies, viennent plutôt d'une mauvaiſe façon d'opérer, que de la nature de l'opération. Je crois pouvoir aſſûrer que toutes les branches de l'artére Hypogaſtrique, qui ſont ſituées ſur ce côté des Proſtates, peuvent être ſaiſies avec l'éguille, ſi on a fait une plaie aſſez grande pour la pouvoir tourner librement au fond. Cependant c'eſt à quoi ont manqué beaucoup de Chirurgiens; & au lieu de faire

une incision de trois ou quatre pouces de longueur dans un homme, ils se sont quelquefois contenté d'une qui n'avoit pas plus d'un pouce. Dans ce cas non-seulement il est impossible de lier les vaisseaux entre la peau & la vessie, mais cela empêche encore d'appliquer, comme il faut, de la charpie ou des Stypiques sur l'artére qui fournit aux Prostates. Ainsi il n'est pas surprenant qu'on ait été découragé de faire une opération, dont la pratique est accompagnée d'une semblable difficulté.

Si dans l'opération il se trouve quelques gros vaisseaux de la plaie extérieure, qui soient coupés, il est à propos d'en faire la ligature, avant que de tirer la pierre. Mais il n'arrive pas une fois en vingt qu'on soit obligé d'en venir là. Il est rare que les vaisseaux des Prostates s'ouvrent un tems considérable après l'opération, s'ils ne donnoient pas de sang durant l'opération. Mais comme c'est le propre de la fiévre symptomatique de dilater les vaisseaux, & d'accélerer le

mouvement du ſang, il faut être ſur ſes gardes, particulierement dans les gens plethoriques, & tâcher de prévenir cet accident, en tirant dix ou douze onces de ſang du bras, & donnant auſſi-tôt après un narcotique.

Il ne reſte plus qu'une difficulté de quelque importance; c'eſt le danger de bleſſer le *Rectum*. Mais cette difficulté eſt peu de choſe, ſi l'Opérateur obſerve la regle que j'ai établie ſur cela.

Dans la deſcription que j'ai donnée de l'Opération Laterale, je crois n'avoir du tout point déguiſé ſes inconvéniens; & avant que de parler de ſes avantages, je répeterai encore une fois, que les hemorrhagies y ſont très-rares, & jamais ou preſque jamais mortelles, quand elles ſont bien conduites. Il n'en faut pas d'autre preuve que le ſuccès extraordinaire, avec lequel nous avons taillé depuis peu dans nos Hôpitaux. Je penſe qu'il n'y en a jamais eu de pareil dans aucun tems ni dans aucun pays.

Les principales parties qui ſont

bleſſées par le biſtouri dans cette méthode, ſont le muſcle *tranſverſal de la Verge*, le *Releveur de l'Anus*, & la glande *Proſtate*. Dans l'ancienne maniere de tailler on ne bleſſe que l'uréthre, & l'inciſion eſt d'environ deux pouces en-deçà des Proſtates. Les inſtrumens ſont introduits de force dans le reſte du paſſage, qui eſt compoſé de la partie bulbeuſe de l'uréthre, de ſa partie membraneuſe, du col de la veſſie & des Proſtates. Ce conduit eſt ſi étroit, que juſqu'à ce qu'il ſoit déchiré, on a une peine infinie à manier les Tenettes; & il arrive ſouvent, à cauſe du tiſſu délicat de la partie membraneuſe de l'uréthre, que les Tenettes ſont pouſſées inconſidérément à travers, entre l'os *Pubis* & la veſſie. De plus, en introduiſant le Gorgeret ſur la ſonde, il peut aiſément gliſſer en bas, entre le *Rectum* & la veſſie; deux inconvéniens que l'on évite dans l'Opération Laterale.

Il eſt vrai que même dans cette méthode on ne pourra tirer une groſſe

pierre sans déchirer la plaie, de même que dans l'ancienne maniere. Mais dans celle-là le déchirement est peu de chose, & ne se fait qu'après qu'il a été préparé par l'incision; au lieu que dans l'autre toutes les parties dont j'ai parlé sont déchirées, sans avoir été aucunement ouvertes auparavant; & ces parties, qui sont naturellement fort tendues, ne sçauroient être tiraillées sans une douleur excessive.

C'est dommage que ceux qui opérent suivant l'ancienne maniere, ne conduisent pas toujours le bistouri le long de la crenelure de la sonde, jusqu'à ce qu'ils ayent coupé entiérement toute la longueur des Prostates; puisqu'ils sont convaincus que par l'extraction de la pierre elles sont ouvertes d'une façon bien plus rude & plus dangereuse, que par l'incision, & sans qu'il en revienne aucun avantage; d'autant que cette ouverture ne se fait qu'en terminant l'opération, & que n'étant pas faite avant l'extraction, on ne sçauroit presque

écarter ſuffiſamment les ſerres des Tenettes pour charger une groſſe pierre; & quand on en vient à bout, la réſiſtance eſt ſi grande, que ſouvent la pierre ſe briſe, malgré tous les ſoins que l'on prend.

Néanmoins dans l'une & dans l'autre opération le Chirurgien ne doit pas ſaiſir la pierre violemment; & même quand il la tire, il doit en tenant de ſes deux mains les branches des Tenettes, empêcher qu'elles ne ſe ferment auſſi fortement qu'elles feroient ſans cela, étant ſerrées comme elles ſont par les bords d'une plaie ſi étroite. Je parle ici de la difficulté de ſaiſir une pierre dans la cavité de la veſſie. Mais s'il arrive qu'elle ſoit logée dans un des Sinus dont il a été fait mention ci-devant, les Tenettes ont alors ſi peu de priſe, que la choſe devient encore plus difficile.

L'extraction des pierres qui ſont fort groſſes, eſt beaucoup plus impraticable dans le Grand Appareil que dans la Méthode Laterale, à cauſe de la petiteſſe de l'angle que forment

les os à l'endroit de l'incision : aussi est-il nécessaire, presque toutes les fois qu'on opére, de baisser les Tenettes vers le *Rectum*, en tirant la pierre ; ce qui ne sçauroit se faire, sans que les parties membraneuses souffrent une grande violence, & même sans qu'elles se séparent l'une de l'autre, d'où s'ensuivent des abscès & des croutes autour de la plaie ; chose qu'on ne connoît point dans l'Opération Laterale. Il se forme quelquefois sur le *Scrotum* des *Echymoses* suivies de suppuration & de gangrêne. En un mot, tous les inconvéniens & les mauvais symptomes qui accompagnent l'Opération Laterale, à l'exception de l'hemorrhagie, se rencontrent à un plus haut degré de violence dans l'ancienne maniere de tailler.

L'incontinence d'urine est très-rare après l'Opération Laterale, & jamais ou presque jamais elle n'est suivie d'une Fistule. Mais il semble que l'habileté à panser ensuite la plaie, contribue beaucoup à prévenir ce der-

nier accident ; & peut-être qu'il ne seroit pas si commun dans le Grand Appareil, si le pansement étoit conduit comme il faut. Il est sûr néanmoins que cette méthode y est beaucoup plus sujette, par la raison que la plaie est faite dans des membranes ; qu'il y a plus de contusion, & qu'en plusieurs malades une incontinence d'urine la tient continuellement ouverte. Cependant j'ai vû quelquefois, que pour avoir négligé le pansement dans la Méthode Laterale, la vessie restoit fistuleuse. Mais la plaie étant dans une partie charnue, je n'ai pas eu beaucoup de peine à faire croître les chairs, & je l'ai ensuite consolidée. Ainsi je ne crois pas qu'on puisse maintenant regarder la Fistule comme un des inconvéniens de l'Appareil Lateral.

Après l'opération on traitera le malade à peu près de la maniere suivante. Si les vaisseaux des Prostates saignent, on appliquera sur la partie de la charpie séche, ou trempée dans quelque eau Styptique, telle

que l'eau de Vitriol, & on l'y tiendra considérablement pressée durant quelques heures. Le malade pourra aussi prendre un narcotique. Si la plaie ne saigne pas, un peu de charpie séche, ou un plumasseau chargé de digestif & appliqué doucement, est ce qui convient le mieux.

L'endroit où est couché le malade, doit avoir une fraîcheur médiocre, parce que la chaleur ne dispose pas seulement les vaisseaux à saigner de nouveau, mais qu'elle rend encore ordinairement le malade foible & languissant. Si aussi-tôt après l'opération il se plaint d'un mal d'estomac, ou même d'une douleur à l'endroit du ventre qui est près de la vessie, ce n'est pas toujours un signe d'une inflammation dangereuse, & souvent cela se dissipe dans une demi-heure. Cependant pour en délivrer plus aisément le malade, il sera très-bon de fomenter la partie souffrante, en y appliquant chaudement une vessie de Cochon où l'on aura mis une décoction adoucissante. Si la douleur augmente au bout de deux

ou trois heures, les ſuites en ſont fort à craindre ; & dans ce cas il eſt néceſſaire de ſaigner auſſi-tôt, & de donner des lavemens émolliens, qui feront comme des fomentations pour les inteſtins.

Le premier ſymptome favorable après l'opération, c'eſt que l'urine ſorte librement. On connoît par-là que les lévres de la plaie de la Veſſie & des Proſtates ne ſont pas fort enflammées ; car ſouvent elles ſe tuméfient, & bouchent tellement l'orifice, que non-ſeulement elles empêchent la ſortie de l'urine, mais encore de pouvoir introduire le doigt ou une ſonde de femme ; d'où il arrive qu'on eſt quelquefois obligé de paſſer l'Algalie dans l'uréthre. Ce ſymptome nous apprend auſſi que les Reins ne ſont pas affectés dans l'Opération juſqu'au point de ceſſer leur fonction ; accident qui, quoique très-rare, peut néanmoins arriver. Si le malade devient languiſſant, & continue de n'avoir point d'appetit, les Veſicatoires feront d'une grande uti-

lité. On peut les appliquer ſans aucun danger, & ſans cauſer beaucoup de douleur, parce que dans le cas préſent il n'y a jamais ou preſque jamais de Strangurie.

Vers le troiſiéme ou quatriéme jour il faut lâcher le ventre par un lavement; car dans le commencement il fait rarement de lui-même ſa fonction; & cette méthode doit être continuée, ſuivant que la prudence le demandera. Dès que le malade aura de l'appetit, on lui accordera des alimens legers; mais on aura ſoin qu'il ne mange pas trop à la fois.

Il arrive quelquefois quinze jours ou trois ſemaines après l'opération, qu'un des Teſticules ou tous les deux ſe durciſſent & s'enflamment. Les fomentations & les topiques réſolutifs ſuffiſent d'ordinaire pour diſſiper cet accident; ou ſi la ſuppuration ſurvient, ce qui eſt très-rare, l'abſcès n'eſt pas bien difficile à guérir.

Durant le traitement de la plaie on peut la fomenter une ou deux fois le jour; & ſi les feſſes ſe trouvent

écorchées par l'urine, on les oindra avec l'onguent *Nutritum*. Le pansement depuis le commencement jusqu'à la fin ne se fait ordinairement qu'avec un doux digestif ou de la charpie séche : car tout le secret de guérir la plaie consiste dans le degré de force avec lequel on applique le bourdonnet. Si on l'enfonce durement, il devient une tente, & empêche la régénération des petits grains charnus & delicats, jusqu'à ce qu'avec le tems la distension continuelle & la durée de l'écoulement de l'urine rendent toute la cavité calleuse, & la font dégénérer en Fistule.

D'un autre côté, si on ne panse la plaie que superficiellement ; comme ses parties extérieures ont plus de disposition à se contracter & à se réunir que les intérieures, il en résultera un obstacle à l'écoulement de l'urine & du pus, qui séjournant dans la plaie de la Vessie, & n'étant pas évacués, durciront la partie, & occasionneront de même une Fistule.

Cette maniere de panser n'est pas

particuliere aux plaies de la Taille: elle convient auſſi dans les Fiſtules à l'*Anus*, & preſque dans tous les abſcès, quels qu'ils ſoient; en ſorte que la partie de la Chirurgie, qui a pour objet le traitement des plaies profondes, conſiſte beaucoup plus à obſerver comme il faut cette regle, qu'à appliquer des remédes particuliers.



CHAPITRE XXII.

De la Pierre dans l'Uréthre.

SI une petite Pierre ſe trouve logée dans l'Uréthre près du gland, on peut ſouvent la pouſſer dehors avec les doigts, ou la tirer avec quelque inſtrument. Mais ſi elle eſt arrêtée dans quelqu'autre endroit de ce canal, on peut ſans aucun inconvénient faire une inciſion par-deſſus.

La meilleure maniére pour cela eſt d'avancer autant qu'il eſt poſſible le prépuce ſur le gland. Enſuite faiſant une inciſion de la longueur de la Pierre à travers les tégumens, on peut la tirer avec un petit crochet, ou avec le bout d'une ſonde. La peau venant après cela à retourner en arriere & à reprendre ſa ſituation naturelle, couvre l'ouverture qu'on a fait à l'Uréthre, & empêche que l'urine ne ſorte par la plaie, qui très-ſouvent guérit en vingt-quatre heures. Cette méthode

thode de tirer les Pierres de l'Uréthre, eſt beaucoup moins douloureuſe, que lorſqu'on ſe ſert de quelqu'un des inſtrumens qui ont été inventés juſqu'ici.

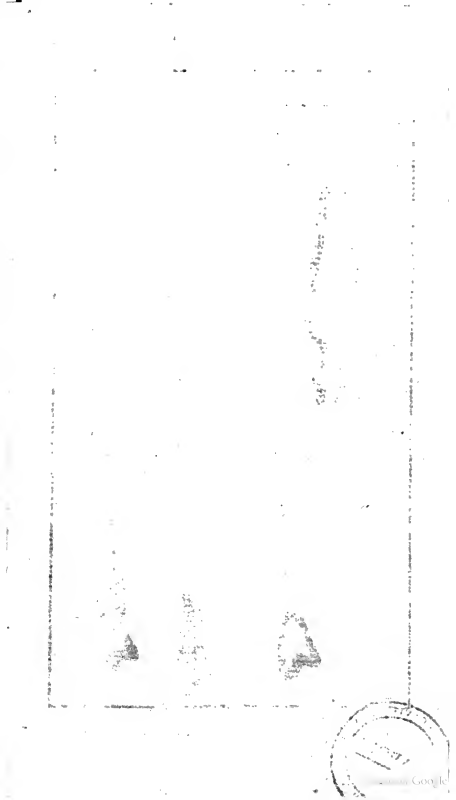


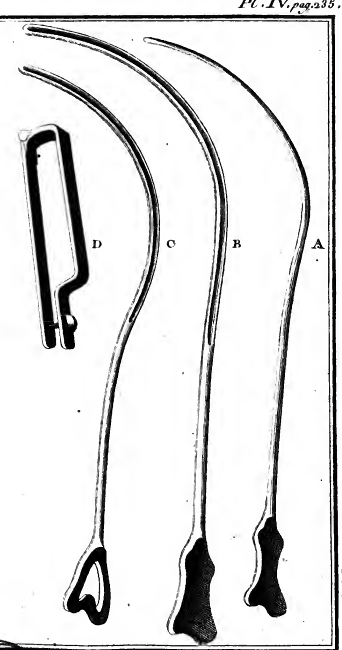
CHAPITRE XXIII.

De l'Extraction de la Pierre dans les Femmes.

L'EXTRACTION de la Pierre dans les Femmes ne sera pas difficile à entendre; puisque toute l'opération se réduit à les placer de la même façon que les hommes; & sans faire aucune incision, à introduire dans la vessie une Sonde droite crenelée, sur cette sonde un Gorgeret, & ensuite les Tenettes pour saisir la Pierre. Tout cela peut s'exécuter aisément; parce que l'urétrhe des femmes est très-courte.

Si la Pierre se trouve fort grosse, & qu'on ne puisse en faire l'extraction sans une grande dilacération à la vessie, il est à propos de faire une incision au col de la vessie, sur la Pierre; ce qui non-seulement rendra l'extraction plus facile, mais sera encore moins dange-




D
C
B
A

reux que le déchirement, qui s'enſuivroit néceſſairement

Les panſemens conſiſtent en des fomentations & des onguens émolliens, qu'on appliquera deux ou trois fois par jour; & pour tout le reſte la malade ſera traitée comme les hommes qui ont ſouffert l'opération de la Taille.

PLANCHE IV.

EXPLICATION.

A. Sonde dont on ſe ſert pour reconnoître la Pierre.

Telle qu'elle eſt ici repréſentée, elle eſt un peu trop groſſe pour les petits enfans, & peut ſervir pour les jeunes garçons juſqu'à treize ou quatorze ans. Il en faut une plus groſſe entre cet âge & celui des adultes. Celle qui convient alors, eſt une d'environ dix pouces, meſurant en droite ligne depuis le commencement du manche juſqu'à la pointe de l'inſtrument. Elle doit être d'acier, ayant

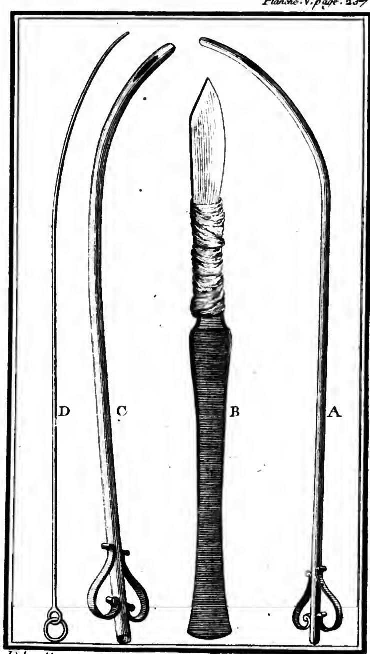
ſon extrémité mouſſe & polie.

B. Sonde crenelée qui convient pour l'opération ſur les jeunes garçons depuis huit juſqu'à quatorze ans. Celle dont on ſe ſervira pour un homme doit être de la groſſeur de celle que j'ai déja décrite.

C. Sonde crenelée, un peu trop groſſe pour les plus petits enfans, mais qui peut ſervir pour les jeunes garçons, depuis environ quatre ans juſqu'à huit.

La crenelure de ces ſondes eſt ſur leur convexité. Elle ſert d'abord à diriger l'inciſion; & enſuite recevant la languette du Gorgeret, elle le conduit aiſément dans la veſſie. Il faut avoir ſoin en faiſant la crenelure, que les bords ſoient bien liſſes, afin qu'en traverſant l'uréthre ils ne la bleſſent pas. Le bout de la Sonde doit être ſans arête; autrement on auroit quelquefois de la difficulté à la retirer quand le Gorgeret eſt introduit, & qu'il preſſe contre l'extrémité de la Sonde.

On donne ordinairement plus de



Dheulland Sculp

courbure à ces inſtrumens qu'on n'en voit dans ceux qui ſont ici repréſentés. Mais je crois la figure de ces derniers plus conforme à celle de l'uréthre, & beaucoup plus commode pour faire l'inciſion.

D. Le joug. C'eſt un inſtrument à l'uſage des hommes qui ont une incontinence d'urine. Il eſt de fer; mais pour s'en ſervir il faut le couvrir de velours. Il ſe meut à une de ſes extrémités ſur une charniere, & à l'autre il eſt arrêté par une viſſe à bouton, qui s'engraine dans un écrou. On l'ajuſte ſuivant le volume de la verge, & on l'ôte chaque fois que le malade veut uriner. Cet inſtrument eſt d'une fort grande utilité, parce qu'il remplit toujours le but qu'on ſe propoſe, & qu'on peut le porter durant quelques jours ſans qu'il écorche la partie; ce qui arrive rarement.

PLANCHE V.

EXPLICATION.

A. Petite Sonde d'argent. Cet

instrument est creux, & sert à évacuer l'urine quand il y a une retention. On l'emploie aussi dans le Haut-appareil pour remplir d'eau la vessie. Presque à son extrémité il y a deux orifices par où l'urine entre dans sa cavité. Il faut avoir soin que les bords de ces orifices soient exactement polis.

B. Bistouri dont on se sert pour la Lithotomie. C'est le même que celui que j'ai décrit ci-devant. Mais j'ai crû qu'il ne seroit pas mal de le représenter ici de nouveau avec la filasse dont on l'enveloppe, & qui le rend plus que toute autre chose, aisé à tenir, quand on fait l'opération Latérale, & qu'on tourne le tranchant en-haut pour couper la glande Prostate.

C. Sonde de femme, qui différe de celle des hommes en ce qu'elle est presque droite, & un peu plus grosse.

D. Stilet d'argent, qu'on introduit dans ces deux sortes de Sondes, pour éloigner les caillots de sang ou le pus qui les bouche.

C

B

A

PLANCHE VI.

EXPLICATION.

A. Gorgeret dont on ſe ſert pour les hommes dans l'Opération Latérale.

B. Gorgeret dont on ſe ſert pour les enfans au-deſſous de cinq ans, dans l'Opération Latérale.

Un Gorgeret d'une groſſeur moyenne entre ces deux-là, convient pour les garçons depuis cinq ans juſqu'à quinze ou ſeize.

Ces inſtrumens ſont creux, afin de recevoir les Tenettes qu'on introduit dans la veſſie. Leur manche eſt de travers, afin qu'ils entrent plus facilement par la plaie des Proſtates, qui eſt faite obliquement, & au côté gauche de cette glande. La languette qui eſt au bout du Gorgeret, doit être plus mince que la crenelure de la ſonde, ſur laquelle ſe fait l'inciſion; parce qu'elle doit être reçûe dans cette crenelure. Il faut avoir ſoin

que les bords du Gorgeret près de la languette ne ſoient pas tranchans, de peur qu'au lieu de dilater la plaie, comme il doit faire, il ne coupe des deux côtés, quand on l'introduit; car alors il ſeroit difficile de porter les tenettes dans la veſſie.

C. Gorgeret, dont le manche eſt exactement au milieu. Cet inſtrument eſt employé dans l'ancienne Méthode de tailler. Tous les Gorgerets doivent être d'acier.

PLANCHE VII.

EXPLICATION.

A. Tenettes pour tirer la Pierre. On les a repréſentés un peu ouvertes, afin qu'on vît mieux les dents qui ſont intérieurement.

Elles doivent être de différentes grandeurs, ſuivant les différens âges & les différentes Pierres, depuis la longueur de celles qui ſont ici repréſentées, juſqu'à près d'un pied. Celles qui ont environ huit pouces de longueur,

longueur, ſont généralement parlant les meilleures. Un Chirurgien doit néceſſairement être muni de quatre ou cinq paires de Tenettes de différentes grandeurs.

Ceux qui les fabriquent doivent avoir grand ſoin, qu'elles jouent aiſément ſur le clou, que les extrémités des ſerres ne ſe touchent pas, quand elles ſont fermées, & ſurtout que les dents ne ſoient pas trop grandes, de peur qu'entrant trop avant dans la Pierre elles ne la briſent. Il eſt encore important que les dents n'aillent pas plus près de l'entablure que je ne les ai ici repréſentées; parce qu'une petite Pierre qui ſe placeroit en cet endroit, & qui s'y trouveroit ſerrée, cauſeroit un grand écartement aux Tenettes, & rendroit l'extraction difficile: c'eſt pourquoi le dedans des mords près de l'entablure, doit être liſſe & poli, afin que la Pierre puiſſe gliſſer vers les dents.

B. Sonde crenelée qui eſt d'acier, & dont on ſe ſert pour conduire le Gorgeret, quand on fait l'extraction

de la Pierre dans les femmes.

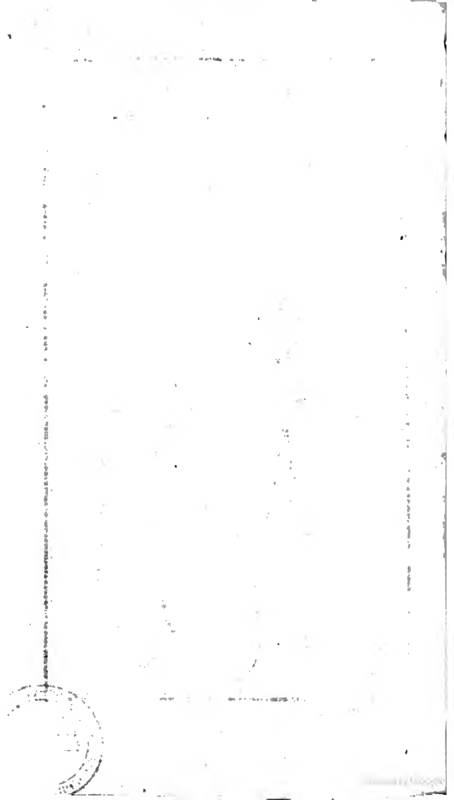
C. Curette pour emporter la Pierre lorſqu'elle eſt briſée en petits morceaux comme du ſable. Le petit bout eſt utile pour chercher la Pierre dans la Veſſie, lorſqu'on y a fait l'inciſion. Cet inſtrument doit être d'acier.



A

B

C



CHAPITRE XXIV.

De l'Empyeme.

ON entend par l'opération de l'*Empyeme*, une ouverture que l'on fait juſque dans la cavité de la Poitrine, pour donner iſſue à quelque liqueur qui y eſt épanchée, & qui incommode par ſon poids & par ſa quantité. Les liqueurs que l'on prétend devoir être évacuées par cette opération ſont le ſang, le pus, & l'eau. Mais je crois que ſi on examine les raiſons qui font entreprendre cette opération, & le ſuccès qu'elle a dans tous ces cas; elle paroîtra inutile & quelquefois même pernicieuſe dans les deux premiers, & qu'on la reſtraindra entiérement au dernier.

Quand c'eſt du ſang, que l'on ſuppoſe avoir beſoin d'être évacué par cette opération, c'eſt toujours enſuite d'une extravaſation occaſionnée par quelque plaie du Poumon, ou de la

poitrine; d'où il arrive un épanchement considérable sur le Diaphragme, épanchement qui, à ce qu'on prétend, gêne la respiration, jusqu'à ce qu'il soit vuidé par une ouverture convenable que l'on fait dans la partie la plus basse de la cavité du *Thorax*. C'est ce qui est connu sous le nom d'opération de l'*Empyeme*. Mais si les vaisseaux sanguins qui ont été blessés, sont fort gros, il n'est point du tout à propos d'ouvrir la partie inférieure de la poitrine, tant que l'hemorrhagie continue; puisque ce seroit procurer au sang un écoulement dangereux, qui autrement s'arrêteroit peut-être, s'il ne trouvoit point d'issue.

Je sçais qu'il y a des Chirurgiens qui admettant cette maxime, croyent cependant nécessaire de faire l'opération quand l'hémorrhagie est arrêtée. Mais nous voyons que dans les plaies du poumon le sang trouve ordinairement quelque issue par la plaie extérieure, si on la laisse ouverte; & d'ailleurs il s'échappe continuellement

par la Trachée artére, qui s'en délivre par les crachats. Or quand nous n'aurions pas d'autres preuves de la faculté d'abſorber qu'ont les poumons, cela ſuffiroit pour nous perſuader que le ſang épanché peut s'évacuer par cette voie d'une maniére plus sûre, que par aucune ouverture qu'on pourroit faire dans la poitrine.

Si l'on croit que le ſang extravaſé, étant coagulé dans la poitrine ne ſçauroit être répompé par les vaiſſeaux du poumon; il ſe trouvera que dans ce cas-là même l'opération ordinaire n'aura pas le ſuccès qu'on ſe promet. Car outre que les poumons ſont ſouvent adhérens à la Pleure dans l'endroit de l'inciſion, ce qui ſeul empêcheroit abſolument d'en tirer aucun avantage; la profondeur & la petiteſſe de l'ouverture, & ſa hauteur au-deſſus du Diaphragme ſur lequel on ſuppoſe que le ſang caillé eſt épanché, rendront au moins le ſuccès fort incertain.

Si donc on ne doit pas avoir recours à cette opération pour vuider le ſang, quand on eſt sûr qu'il eſt extravaſé,

encore moins faut-il y avoir recours quand on en doute ; & il n'est pas à propos non plus de se servir pour cet effet de tentes ni d'injections.

Les régles qu'on trouve dans quelques Livres pour distinguer si une plaie est pénétrante, ont jetté les Praticiens dans de pernicieuses méthodes, en leur conseillant d'examiner les plaies avec la sonde, ou pour être plus sûrs avec le doigt : car si on y va rudement, on déchire quelquefois jusque dans la poitrine ; du moins on force toujours les parties, ou bien on les presse trop, & souvent on sépare les poûmons de la Pleure, quand ils se trouvent adhérens. Toutes ces manœuvres violentes ne manquent pas de causer dans ces endroits-là des abscès, surtout si on emploie ensuite des tentes & des injections.

Pour débarasser la poitrine du sang épanché par la rupture de quelques vaisseaux qui s'y déchargent, la saignée est très-nécessaire. Non-seulement elle arrête l'hémorrhagie, en affoiblissant la circulation ; mais comme

elle désemplit les vaisseaux, elle les met plus en état de repomper la liqueur extravasée. Les doux purgatifs, & les pectoraux sont encore fort utiles ; mais il faut sur toutes choses observer une diete rigoureuse.

Si l'artére intercostale est offensée, on peut arrêter l'hémorragie par des moyens extérieurs. Pour ce qui est du sang épanché dans la poitrine, il faut principalement abandonner à la nature le soin de l'évacuer, & traiter superficiellement la plaie dans tous ces cas, sans l'aggrandir. J'insiste d'autant plus sur cette doctrine, qu'elle n'est pas fondée sur une simple théorie. La pratique l'a confirmée d'une maniére surprenante en beaucoup de cas. Quant aux plaies de la poitrine en général, il y a une si grande différence pour le succès, de les traiter avec des tentes, ou de se contenter d'un pansement superficiel, qu'on ne sçauroit, à mon avis, trop recommander cette derniere méthode.

Ce que je dis de l'excellence des pansemens superficiels, sans dilater la

plaie pour donner une iſſue au ſang, ou au pus qui ſe forme enſuite, ne doit s'entendre que des piquures ou des inciſions faites par des inſtrumens tranchans, & qui ne ſont pas ſuivies d'une abondante ſuppuration. Car lorſque la plaie eſt faite par une arme à feu, on doit quelquefois changer de méthode, non-ſeulement à cauſe de l'eſcarre & de la grande ſuppuration; dont la plaie eſt ſuivie; mais encore parce que la bâle y entraîne fort ſouvent avec elle des morceaux de linge ou d'étoffe.

Ce cas demande peut-être que la plaie ſoit dilatée, afin que le pus ſorte librement : mais ce n'eſt pas une raiſon ſuffiſante pour faire une ouverture à la partie inférieure de la poitrine; puiſque la ſimple dilatation de la plaie fournira au pus & aux corps étrangers une iſſue beaucoup plus facile, qu'une ouverture qu'on feroit plus bas. La raiſon de cela eſt que les poumons étant enflammés à cauſe de la plaie, ſe trouvent d'ordinaire adhérens à la Pleure, & empêchent la com-

munication entre l'abſcès & la cavité qui eſt au-deſſous.

Dans le panſement de la plaie qui aura été dilatée, il faut avoir ſoin, en appliquant les bourdonnets, de ne comprimer qu'autant qu'il ſera néceſſaire pour tenir l'orifice extérieur ouvert, & de ne pas les enfoncer juſque dans la poitrine; car alors ils deviendroient une tente, & enfermeroient le pus qu'on a deſſein d'évacuer par la dilatation.

Après avoir montré que l'opération de l'Empyeme ne convient point dans les plaies de la poitrine, il ne ſera pas moins aiſé de faire voir, qu'elle eſt auſſi peu convenable dans les cas où l'on ſuppoſe qu'il y a du pus épanché dans cette cavité. Car ſi on fait l'opération en vûe de procurer une iſſue au pus, quand il y a abſcès aux poumons, elle ſera inutile; puiſque cet abſcès ſe décharge preſque toujours par la Trachée artére, lorſque les poumons ne ſont pas adhérens, & que l'ulcére ne perce pas au-dehors à travers les côtes.

Cela eſt ſi vrai pour l'ordinaire, qu'ayant ouvert pluſieurs perſonnes à qui un abſcès avoit conſumé une grande partie des poumons, je ne me ſouviens pas d'avoir trouvé aucun pus épanché dans leur poitrine. D'ailleurs il eſt évident que beaucoup de ceux qui meurent phthiſiques, meurent de ce qu'ils crachent leurs poumons. D'où l'on peut conclure que cette raiſon ne doit point engager à entreprendre l'opération, laquelle ne promet aucun heureux ſuccès.

Il peut y avoir à la vérité des abſcès, qui s'étant formés entre les poumons & le Médiaſtin, s'épanchent dans la cavité de la poitrine. Mais alors ſi le pus eſt en petite quantité, les poumons le repomperont; & s'il y en a beaucoup, l'opération ſervira de peu. Ces cas d'ailleurs ſont très-rares, & les ſymptomes par où l'on juge que le pus eſt épanché ſur le Diaphragme, très-équivoques. Ainſi je crois qu'il n'eſt point à propos de faire l'opération, lors même qu'on ſoupçonne un pareil épanchement.

En général toute inflammation de la Pleure ou des Poumons, eſt ſuivie d'une adhérence de ces deux parties. Cette adhérence donne lieu à la nature de s'ouvrir une iſſue extérieurement ; puiſqu'il eſt ordinaire dans les abſcès de la Pleure & des muſcles intercoſtaux, de les voir crever en-dehors, & que cela n'eſt pas rare dans ceux du poumon. Quand donc il y a adhérence, il ne faut pas d'autre opération que d'ouvrir la tumeur avec une lancette, lorſque le pus eſt formé. Et ſi la ſuppuration eſt tellement abondante, qu'il ne ſoit pas permis de conſolider l'ulcére extérieur, on peut le tenir ouvert avec une tente creuſe. C'eſt ainſi que pluſieurs perſonnes ont vécu long-tems avec une Fiſtule coulante.

La derniere ſorte de liqueur que l'on prétend devoir être évacuée par cette opération, c'eſt l'eau. Il eſt néanmoins très-rare qu'elle s'amaſſe de façon que l'opération y convienne. Car ſi l'Hydropiſie de poitrine ſe trouve compliquée avec une Anaſar-

que, ou même une Ascite, il est certain que l'opération ne convient nullement. Elle ne peut gueres avoir lieu, que quand la maladie est simple, & qu'elle est produite par un vice des vaisseaux lymphatiques de la Pleure, semblable à celui qui affectant les vaisseaux lymphatiques de la tunique Vaginale, donne naissance à l'Hydrocele.

Les symptomes de l'Hydropisie de poitrine sont, une petite toux sans crachats, une petite fiévre lente causée par la difficulté de respirer. On dit aussi que par une prompte secousse on entend quelquefois la fluctuation de l'eau. En général son poids sur le Diaphragme & le Médiastin est si incommode, qu'il oblige le malade de pencher le corps en-devant, lorsqu'il est dans une situation droite; de se mettre sur le côté affecté, lorsqu'il est couché; & de se tenir sur le dos pour la même raison, quand l'eau occupe les deux cavités de la poitrine.

La maniere de faire l'opération dans ce cas, est de choisir la partie la

plus déclive du *Thorax*, que quelques-uns mettent entre la huitiéme & la neuviéme côte, & d'autres entre la neuviéme & la dixiéme; s'éloignant assez des Vertébres pour que l'épaisseur des chairs n'empêche pas de faire l'ouverture. On a déterminé que cette distance devoit être de cinq ou six travers de doigts; & c'est en cet endroit qu'on recommande d'ouvrir avec un bistouri, ou un troicart.

Mais il se rencontre un grand nombre de difficultés dans cette opération. Il n'est pas aisé de compter les côtes dans les personnes grasses, & la plaie sera fort profonde & embarassante à faire. On ne sçauroit gueres éviter de blesser l'artére intercostale, qui en cet endroit se trouve placée entre les côtes; ou si on l'évite en coupant tout-contre une des côtes, celle-ci ne manquera pas de se carier à cause de la compression qu'elle souffrira par les tentes qu'on emploiera ensuite. D'ailleurs l'inflammation de la plaie peut se communiquer au Diaphragme que l'on

ſuppoſe lui être preſque contigu, & cela peut avoir de très-fâcheuſes ſuites. Ainſi ſans qu'il ſoit beſoin d'oppoſer d'autres difficultés à l'opération de l'*Empyeme* faite de cette maniere, on ne ſçauroit, après ce que nous avons dit, regarder cette opération comme utile.

Mais ſi le ſeul avantage qu'on ſe propoſe en faiſant l'inciſion en cet endroit, eſt de procurer à l'eau beaucoup de pente; on viendra également bien à bout de l'évacuer, en ouvrant entre la ſixiéme & la ſeptiéme côte, à une égale diſtance du *Sternum* & de l'Epine du dos. Alors l'ouverture aura réellement autant de pente quand le malade ſera couché, qu'elle en a de l'autre façon quand il eſt ſur ſon ſéant; & par ce moyen on évitera tous les inconvéniens de l'autre méthode. En effet les chairs ont très-peu de profondeur à cet endroit du *Thorax*; l'artére ſe trouve à couvert dans la rainure de la côte, & le Diaphragme eſt fort éloigné; de ſorte que l'on n'a à craindre aucun des accidens fâcheux, auſquels j'ai dit que l'autre

méthode étoit ſujette; & par conſéquent la nôtre eſt préférable.

Si on objecte que l'eau ne ſçauroit ſe décharger par cette ouverture tandis que le malade eſt ſur ſon ſéant, au lieu qu'en ouvrant à la partie inférieure de la poitrine, elle s'écoule continuellement; on peut répondre, ce me ſemble, que l'eau étant une fois évacuée, il ne peut gueres s'en amaſſer en douze heures plus qu'il n'en tiendra ſur le Diaphragme audeſſous de l'ouverture qui aura été faite ſuivant la méthode ordinaire; & que par conſéquent elle ne s'écoulera pas plus aiſément d'une façon que de l'autre.

On traitera la plaie conformément à l'état de l'écoulement. Si après le premier ou le ſecond jour il ne ſort plus rien, on peut la laiſſer refermer. Mais s'il vient encore quelque choſe, on peut la tenir ouverte avec une tente de plomb qui ſoit courte & creuſe, comme lorſqu'on veut évacuer du pus; juſqu'à ce que la ceſſation de l'écoulement permette de cicatriſer ſans danger.

CHAPITRE XXV.

Des Tumeurs Enkiſtées.

CEs tumeurs tirent leur nom du Kiſt, c'eſt-à-dire de la poche où elles ſont renfermées; & de plus on les diſtingue par la qualité des matiéres qu'elles contiennent. Si la matiére qui les forme reſſemble à de la Bouillie, la tumeur eſt appellée *Atherome.* Elle porte le nom de *Meliceris*, ſi la matiére reſſemble à du Miel : & ſi c'eſt une ſubſtance graiſſeuſe, ou ſebacée, la tumeur ſe nomme *Steatome.* Il n'eſt pas facile de diſtinguer les deux premieres l'une de l'autre; mais on les diſtingue aiſément du *Steatome*, par leur molleſſe & leur fluctuation. Ces tumeurs attaquent toutes les parties du corps, & les endroits même où il n'y a point de glandes: ce qui, joint à ce que leur nature eſt toujours la même dès leur premiere formation, ne s'accorde gueres avec l'opinion de quelque

quelques Modernes, qui veulent absolument que ces ſortes de tumeurs ſoient des glandes obſtruées, dont les tuniques ſervent à former le Kiſt, & dont les liqueurs venant à s'extravaſer après avoir demeuré long-tems épaiſſies, forment la matiére qu'elles renferment.

Le *Steatome* n'eſt jamais douloureux; mais à la fin il devient incommode par ſon poids. Il n'eſt pas non plus une marque d'un vice général des humeurs: auſſi l'extirpation s'en fait-elle ordinairement avec ſuccès. Il y a des *Steatomes* fort gros, & qui ſouvent péſent cinq à ſix livres. Il s'en eſt même trouvé qui péſoient plus de quarante livres.

Quand le *Steatome* eſt d'une ſurface inégale, avec des éminences & des enfoncemens, on juge qu'il eſt formé par une matiére qui reſſemble au ſuif; au lieu que quand il eſt formé par une matiére graiſſeuſe, ſa ſurface eſt ordinairement égale & unie. Il ſera aiſé de comprendre en quoi conſiſte l'opération pour le *Steatome*, quand

nous aurons décrit celle qui se fait pour le Skirrhe.

L'*Atherome* est beaucoup plus commun que le *Meliceris*; du moins si en se conformant à la coutume on donne ce nom à toute tumeur enkistée formée par une matiére qui n'est pas épaissie. Celles-ci sont plus fréquentes & deviennent plus grosses que celles dont la matiére est épaissie; car souvent elles sont accompagnées d'un virus scrophuleux, qui en rend la guérison plus difficile.

Les Kists de ces tumeurs & la peau qui les couvre, ayant acquis une certaine étendue, ne peuvent plus se dilater ni augmenter; & souvent ils s'enflamment & ils crévent. Mais cette maniere de s'ouvrir n'est pas si avantageuse pour la guérison, que si on extirpoit la tumeur avec le bistouri; ce qui doit se faire lorsqu'elle est encore dans son commencement.

Quand ces tumeurs ne sont pas plus grosses qu'une petite pomme de Renette, on peut avec l'instrument les séparer de dessous la peau, en y faisant

ſimplement une incision en droite ligne. Mais ſi elles ſont plus groſſes, il faut couper un morceau de peau de figure ovale, afin d'avoir de l'eſpace pour manier le biſtouri, & emporter la tumeur.

Il arrive très-ſouvent que le Chirurgien en coupant la peau, offenſe imprudemment le Kiſt, qui ſe vuide par ce moyen. Dans ce cas il doit, avec le ſecours d'une Errhine, le ſéparer & l'emporter, autant qu'il eſt poſſible : méthode moins douloureuſe & beaucoup plus sûre, que de le détruire par des eſcarotiques. Cette regle doit encore s'obſerver, quand le Kiſt va ſi profondément entre les interſtices des muſcles, qu'il eſt impoſſible de l'emporter entiérement. Car alors ſi on en coupe une grande partie, le reſte s'en va ordinairement par la ſuppuration.

J'ai ouvert une fois un *Atherome* conſidérable de cette eſpece. Il étoit à peu près de la grandeur d'une forme de chapeau, ſitué ſous le muſcle Pectoral, s'étendant vers l'aiſelle entre

les gros vaiſſeaux, & preſſant contre la Clavicule. J'emportai par une inciſion circulaire un grand morceau de la peau, du muſcle Pectoral & du Kiſt; mais je n'oſai toucher à ſa partie inférieure, que je n'aurois pû enlever ſans découvrir les côtes. Cependant elle ſe ſépara par la ſuppuration de la plaie, qui durant quelque tems fut extrêmement abondante; toute la cavité ſe remplit, & le malade recouvra preſque entiérement l'uſage de ſon bras: après quoi il ſe détacha de la Clavicule à travers la peau deux ou trois petites eſquilles; & cela n'eut aucune ſuite fâcheuſe.

Le Ganglion du Tendon eſt une tumeur enkiſtée, du genre du *Meliceris*, mais dont la liqueur reſſemble au blanc d'œuf. Quand il eſt petit, il ſe diſſipe quelquefois de lui-même. On le guérit auſſi en le comprimant, & en frappant deſſus ſubitement. Mais pour l'ordinaire on ne vient à bout de le détruire que par l'extirpation.

La maniere de panſer dans ces divers cas, ne différe en rien de la méthode générale de traiter les plaies.

CHAPITRE XXVI.

De l'Extirpation de la mammelle Carcinomateuse & Skirrheuse.

RIEN de plus incertain que le succès de cette opération, parce qu'il reste toujours ensuite dans le tempérament une grande disposition à former un nouveau Cancer dans la plaie, ou dans quelque autre endroit du corps. Quand un Skirrhe a duré long-tems, avant qu'on en vienne à l'opération, il semble que le malade a plus lieu d'esperer de guérir, sans danger d'une rechûte, que quand il s'est augmenté en peu de tems, & avec une douleur aigue. Je n'oserois néanmoins assûrer cela bien positivement; mais en examinant tous ceux que je connois avoir été guéris, je trouve l'observation bien fondée jusques-là.

Il y a des Chirurgiens que le mau-

vais ſuccès de cette opération a tellement découragés, qu'ils la condamnent dans tous les cas, exhortant leurs malades à attendre patiemment la mort, plutôt que de s'expoſer à une opération, qu'ils ſuppoſent n'être jamais d'aucun ſecours. Mais les exemples où elle a conſervé la vie & rendu la ſanté, ſont en aſſez grand nombre pour qu'on puiſſe la recommander.

On connoît le Skirrhe, en ce qu'il n'y a point d'inflammation à la peau; que la tumeur eſt unie, mobile, point adherente à la poitrine, & ordinairement accompagnée d'une douleur lancinante, qui rend le mal plus ou moins dangereux, ſuivant qu'elle eſt plus ou moins vive. Il y a néanmoins des Skirrhes qui ſont peu, ou même point douloureux dans le commencement. A meſure que la tumeur dégénere en Cancer, qui eſt le dernier degré & le plus fâcheux état du Skirrhe, elle devient inégale & livide; ſes vaiſſeaux deviennent variqueux; enfin elle s'ulcére.

Pour extirper le Skirrhe, s'il eſt

petit, il ſuffira de faire une inciſion longitudinale. Mais s'il eſt trop gros pour qu'on puiſſe l'emporter de cette maniere, on coupera d'abord un morceau de la peau en ovale, d'une grandeur proportionnée à celle de la tumeur. Par exemple, ſi la tumeur avoit cinq pouces de long & trois de large, il faudroit couper un morceau de peau preſque de la même longueur, & de largeur d'environ un pouce & demi.

Quand il s'agit d'emporter une mammelle entiere, on peut ménager la peau, en n'en coupant qu'un morceau beaucoup moindre que la baſe de la mammelle, qu'on ſéparera avec circonſpection du muſcle Pectoral. Cela n'eſt pas difficile, parce que tous ces Skirrhes étant des glandes qui ont acquis plus de volume, ils ſont renfermés dans leurs membranes propres, qui les rendent entiérement diſtingués des parties voiſines, & font qu'on peut les en ſéparer aiſément. C'eſt au moins le cas de la tumeur, quand elle eſt mobile; car quelquefois elle eſt adherente au muſ-

cle qui est dessous, & ce muscle aux côtes; & alors l'opération est impraticable.

Si le Skirthe de la mammelle est accompagné de glandes durcies à l'aisselle, l'amputation ne servira de rien, à moins qu'on n'emporte aussi ces glandes: car il ne faut pas compter qu'elles se dissiperont au moyen de la suppuration qui suivra la plaie de la mammelle. Les Chirurgiens doutent fort si on peut les extirper sans blesser les gros vaisseaux, Mais j'en suis venu à bout, lorsqu'elles n'étoient pas en arriere, ni situées profondément.

Il faut arrêter l'hémorrhagie des grosses artéres, en passant deux fois l'éguille à travers la chair, presque autour de chaque vaisseau, & faisant un nœud par-dessus, qui l'enfermera nécessairement. Pour découvrir l'orifice des vaisseaux, on nettoyera la plaie avec une éponge trempée dans l'eau chaude, & ensuite exprimée.

Les tumeurs skirrheuses, qui viennent aux environs de la machoire inférieure, sont d'ordinaire l'effet d'un

Virus

Virus écrouelleux, qui se fixe généralement dans les glandes salivaires. Ces tumeurs sont très-opiniâtres & difficiles à guérir, quoiqu'elles ne soient pas aussi fâcheuses que le Skirrhe; puisqu'elles suppurent souvent; après quoi elles guérissent. Si après la guérison elles s'abscédent de nouveau, cela arrive parce qu'elles n'ont pas un bon fond. On peut quelquefois y remédier, en détruisant par un caustique leur surface viciée. C'est une méthode que j'ai souvent pratiquée avec un succés extraordinaire.

Il y a encore une autre espece de Skirrhe qui vient au cou, & dont l'extirpation est suivie d'un meilleur succès que celle d'aucun des précédens. Il est formé par une augmentation de volume dans les glandes limphatiques, qui sont placées tout-contre les veines jugulaires; & on le distingue du Cancer qui vient en cet endroit, en ce qu'il est mobile, sans douleur, couvert d'une peau lâche; qu'il presse peu l'Oesophage & la Trachée artére; & enfin par le bon état du

reste du corps; car rarement il altére le tempérament; au lieu que les Cancers en cet endroit ne manquent pas de l'altérer très-peu de tems après qu'ils se sont manifestés. La situation de ces tumeurs est telle, qu'il faut apporter en les extirpant beaucoup d'attention. La plus remarquable de cette espece que j'ai emportée, est une que je fus obligé de séparer de la veine jugulaire près de la longueur d'un pouce & demi, &c.

Ces tumeurs s'étendent quelquefois jusqu'au menton, vers le dedans de la bouche, & dans le voisinage du conduit salivaire; & s'il arrive qu'on le coupe en opérant, cela est fort difficile à guérir. Mais quand les moyens simples ne réussissent pas, on peut en venir à bout, en perçant la joue jusque dans la bouche, & cela à l'endroit où le conduit est blessé; & on peut au moyen d'une tente ou d'un petit seton, rendre l'ouverture fistuleuse. Ensuite en pansant extérieurement on empêchera de cette maniere l'écoulement de la salive; &

l'orifice extérieur se consolidera facilement.

Toutes ces plaies peuvent se traiter d'abord avec la charpie séche, & ensuite comme les plaies ordinaires faites par incision.



CHAPITRE XXVII.

De l'Opération du Trépan.

CETTE opération consiste à faire un ou plusieurs trous au Crane, afin de pouvoir introduire un instrument pour relever quelques piéces d'os, qui par un coup violent ont été enfoncées & poussées contre le cerveau; ou afin de donner issue au sang, ou au pus qui se trouve logé quelque part sous le crane.

Les fractures du crane sont toujours très-dangereuses, non pas à cause du dommage que cettte partie reçoit en elle-même, mais parce que le cerveau est affecté, à raison de la compression qu'il souffre de la part de l'os fracturé, ou de la part du sang extravasé & du pus. Si donc les symptomes que produit une fracture, sont quelquefois la suite d'une simple extravasation de sang, comme il arrive lorsque le crane n'est pas enfoncé in-

térieurement ; il s'ensuit que la rupture des vaisseaux du cerveau, sans qu'il y ait de fracture, doit nécessairement causer les mêmes accidens. Aussi est-on souvent obligé de trépaner, quoique le crane ne soit pas fort offensé ; mais seulement les vaisseaux de la Dure Mere & de la Pie Mere.

Les Auteurs qui ont traité de cette opération, ont décrit sous une grande variété de noms les différens accidens où elle convient. Mais les dénominations ordinaires, qui sont en petit nombre, & connues de tous les Chirurgiens, suffisent pleinement pour entendre la nature de tous les cas qui peuvent arriver.

Quand le crane est enfoncé au-dedans, sans qu'il y ait de fracture, cela s'appelle *Enfoncement.* Quand il est brisé considérablement, cela s'appelle *Fracture.* S'il est brisé & enfoncé en même-tems, c'est *Fracture avec Enfoncement.* S'il est seulement fendu, sans enfoncement, quoique ce soit proprement une Fracture, cela

porte le nom de *Fente* ou *Felure*. S'il ne paroît aucun de ces accidens, quoiqu'on les ait ſoupçonnés, on doit attribuer les ſymptomes à la commotion du cerveau. Ce ſont-là les quatre diſtinctions qui ſont en uſage, & qui renferment pleinement toutes les autres.

L'Enfoncement du crane ſans fracture eſt rare, & n'a lieu que dans les enfans, dont les os ſont plus ſouples & plus mols que ceux des adultes. J'en ai vû moi-même un exemple dans une jeune fille de ſept ans. Dès qu'elle fut bleſſée, elle eut les ſymptomes d'une compreſſion du cerveau, mais qui ceſſerent en peu de tems. Le coup produiſit une groſſe tumeur ſur l'os Parietal. Ayant été appellé pour la traiter quelques jours après l'accident, j'ouvris auſſi-tôt la tumeur, en emportant une portion du Péricrane de figure ronde, & je tirai beaucoup de caillots de ſang, qui étoient ſous le Perioſte. Je panſai enſuite l'enfoncement avec la charpie ſéche; & la malade n'ayant aucuns

mauvais ſymptomes, je continuai la même méthode, juſqu'à ce qu'au bout d'environ ſix ſemaines elle fut parfaitement guérie.

Quand on a reçû quelques coups au crane, qui demandent l'opération du Trépan, les ſignes de fracture ſont pour l'ordinaire fort évidens; car ſouvent le Péricrane eſt tellement déchiré, qu'elle ſe préſente à la vûe. Mais ſi la plaie du Péricrane eſt ſi petite, qu'on ne puiſſe qu'y introduire la ſonde, on doit alors juger de la fracture, en tâtant la ſurface de l'os, ayant attention de ne pas prendre une ſuture pour une fracture; comme Hippocrate reconnoît qu'il lui étoit arrivé à lui-même : & cet aveu ſincere qu'il a fait de ſa faute, afin d'empêcher les autres d'en commettre une pareille, ne l'a pas rendu moins recommandable à la poſtérité, que ſes autres grandes qualités.

Si le Péricrane n'eſt point entamé, il faut preſſer autour de la tête avec les doigts, juſqu'à ce que le malade ſe plaigne de ſentir de la douleur en

quelque endroit, qui sera, suivant toute apparence, le siége du mal; & si le Péricrane est séparé du crane en cet endroit, c'est un signe presque infaillible.

Les symptomes d'une fracture sont le saignement par les oreilles & par le nez, la perte de sentiment, le vomissement, l'assoupissement, le délire, la sortie involontaire de l'urine & des excrémens. Mais celui sur lequel on doit le plus compter, c'est l'enfoncement de l'os, ou l'inégalité de sa surface extérieure: car tous les autres symptomes se rencontrent avec les simples commotions du cerveau, qui guérissent sans appliquer le Trépan; & d'un autre côté il y a des fractures où ils ne se trouvent pas, ou du moins ne sont que legers: de sorte que ces symptomes seuls, & sans examiner la partie affectée, ne sont qu'une regle bien incertaine pour reconnoître une fracture.

Dans les Commotions sans fracture, qui sont accompagnées des symptomes qu'on vient de rapporter,

& qui se terminent heureusement, les vaisseaux du cerveau & de ses membranes sont seulement enflammés & dilatés; ou s'ils sont rompus, ils repompent le sang extravasé. C'est pourquoi il faut aider la nature par des saignées copieuses, par des lavemens, & par d'autres évacuations, & se comporter de même dans toutes les fractures où le malade n'est pas trépané sur le champ.

Cependant quoique les Commotions accompagnées des fâcheux accidens dont j'ai parlé; guérissent quelquefois; cela est si rare, que quand elles arrivent, il n'y a aucune raison qui doive faire négliger l'opération, sinon l'impossibilité où l'on est de reconnoître l'endroit de la Commotion. Les occasions que j'ai eues d'ouvrir des personnes qui étoient mortes d'une pareille maladie, m'ont pleinement convaincu du peu de fond que l'on doit faire sur toute autre méthode que celle d'ouvrir le crane, pour vuider l'abscès, qui devient fort considérable, parce que le pus se

trouve enfermé, & qui avant que de donner la mort, s'étend sur une grande partie du cerveau.

Les Auteurs disputent beaucoup sur la possibilité du *Contre-coup*, c'est-à-dire, d'une fente du crane à un endroit de la tête opposé à celui qui a reçû le coup, ou d'une fracture de la table interne, tandis que l'externe demeure dans son entier. Mais il y a des exemples qui mettent la chose hors de doute, supposé qu'ils soient rapportés fidelement; & il est très-certain, que si le malade sent de la douleur dans un endroit éloigné de celui où il a reçû le coup, on peut en toute sûreté ouvrir le Péricrane, & appliquer le Trépan sur l'endroit qui est le siége de la douleur.

Il y a des Chirurgiens qui prétendent que les vaisseaux du *Diploé* se rompent quelquefois dans une Commotion, & que le pus se faisant un chemin à travers la table interne du crane jusqu'au cerveau, demande le Trépan. Mais je crois que cela est avancé sans beaucoup de fondement.

Quand on eſt aſſûré qu'il y a fracture ou enfoncement, quoique les ſymptomes diminuent à un point conſidérable, il eſt à propos néanmoins de trépaner au plus vîte, afin d'empêcher que l'abſcès ne s'étende ; ce qui ne manque gueres d'arriver après la rupture des vaiſſeaux du cerveau & de ſes membranes, & ordinairement en peu de jours. Cependant on a vû beaucoup de fractures, qui n'ont pas été ſuivies d'un abſcès mortel, même bien long-tems après l'accident.

J'ai une fois trépané une jeune fille, environ cent jours après qu'elle eut reçû le coup. Il y avoit fracture & enfoncement à la partie inférieure de l'os Parietal, & à la partie ſupérieure du Temporal. La malade avoit ſaigné par le nez & par les oreilles, auſſi-tôt qu'elle eut été bleſſée : elle avoit été aſſoupie de fois à autre, & avoit reſſenti quelque petite douleur, juſqu'à ce que vers le quatre-vingt-dixiéme jour les ſymptomes de la compreſſion du cerveau devinrent

plus violents ; & peu de tems après je fus appellé. Cet exemple & plusieurs autres de même espece, qu'on trouve dans les Auteurs, montrent combien il y a peu à compter sur la guérison apparente d'une extravasation de sang, ou d'un enfoncement du crane sur le cerveau, lorsqu'on n'a pas fait l'opération du Trépan.

La maniere de traiter une fracture du crane dépend de la nature de la fracture, & du dommage qu'a souffert le Péricrane. Si la plaie des tegumens est angulaire & avec déchirement, on pourra couper les lambeaux, & avoir par ce moyen de l'espace pour appliquer la couronne du Trépan. Si l'os est brisé en plusieurs piéces, on peut les emporter avec les Pincettes ; ou s'il y a en même-tems un enfoncement du crane, les piéces qu'on aura ôtées donneront moyen d'introduire l'Elevatoire pour relever l'enfonçure, sans qu'il soit nécessaire de percer l'os.

Mais si la fracture n'est pas compliquée avec une plaie du Péricrane,

ou si cette plaie est trop petite pour appliquer le Trépan, ce qui arrive d'ordinaire; alors il faut découvrir la fracture, en emportant une grande piéce du Péricrane. Quelques Chirurgiens ont coutume de faire pour cela une incision cruciale; & ils préferent cette méthode à toute autre, s'imaginant que la plaie guérira bien plus aisément après l'opération, au moyen du rapprochement qu'on fera de ses angles; & qu'on évitera l'exfoliation de l'os, & l'ennui d'un long pansement, supposé qu'on ne trouve point de fracture, comme il arrive quelquefois après qu'on a incisé le Péricrane. Mais tous ceux qui ont vû pratiquer l'incision cruciale, doivent sentir la fausseté des raisons qu'on emploie pour l'autoriser. Car il n'arrive jamais, ou presque jamais, qu'on ouvre le Péricrane pour examiner si le crane est fracturé, à moins qu'il n'y ait contusion au Péricrane. Cette contusion attire une suppuration copieuse; & le pus se logeant entre le crane & la peau, empêche que le mal

ne guérisse promptement, & cause même pour l'ordinaire une carie de l'os, accident qu'on a dessein d'éviter par l'incision du Péricrane. Enfin les lévres de la plaie deviennent souvent calleuses; desorte que pour procurer la cicatrice, on est obligé de les couper.

Si ce que je dis contre l'incision cruciale est vrai, quand on ne trépane pas, il a encore bien plus de force, quand on est sûr de trépaner. C'est pourquoi lorsqu'on découvre le crane en vûe de faire l'opération, je crois qu'on doit toujours emporter un morceau du Péricrane, & que c'est-là une maxime incontestable. Le crane ne manque gueres de se revêtir de petits grains charnus au bout de quelques jours, si on le panse simplement avec la charpie séche; & rarement il se carie, à moins qu'il ne soit rongé par le pus qui vient du cerveau en grande quantité.

Si après qu'il a été mis à nud, les nouvelles chairs tardent trop longtems à recouvrir sa surface, on peut

accélerer leur régéneration, en faisant de petits trous dans la substance de l'os, ou en la raclant avec la Rugine. La piéce du Péricrane que l'on enleve, peut avoir à peu près la figure ronde; & pour être plus assûré de l'étendue de la fracture, il est bon que la piéce enlevée ait tout autant de longueur. Il se trouvera, je pense, peu de Chirurgiens qui veuillent exposer le crane à nud dans une telle étendue. Mais quiconque connoîtra les grands avantages qu'on retire de cette méthode, & le peu de danger qui l'accompagne, ne balancera pas un moment.

Quand le Péricrane est emporté, il faut détacher le Perioste, & arrêter le sang sur le champ. De cette maniere on pourra trépaner tout de suite. Cependant l'hémorrhagie a paru si incommode en cette occasion, que ç'a été en conséquence une pratique presque universelle de remettre au lendemain à employer le Trépan. Mais cette crainte est sans fondement: car si on lie les plus gros vaisseaux, il

eſt facile d'arrêter le ſang des autres avec un peu de charpie ſéche ; & alors on opérera ſans aucun inconvénient. C'eſt la méthode que j'ai toujours ſuivie moi-même, & je la recommande aux autres, conſidérant la grandeur du danger, & que ſouvent le malade périt en moins de vingt-quatre heures, lorſque le cerveau eſt fortement comprimé par un os fracturé.

Avant que d'en venir à l'application du Trépan, il faut ſe ſouvenir qu'il y a des endroits du crane, où l'on ne ſçauroit appliquer cet inſtrument avec autant de ſûreté que ſur d'autres. Tous les Auteurs diſent qu'il eſt dangereux de trépaner ſur toute la longueur de la ſuture Sagittale juſqu'au nez, à cauſe de l'épine intérieure de l'os Coronal, & du Sinus longitudinal ſupérieur qui regne ſous cet os. On ſuppoſe qu'il ſeroit néceſſairement bleſſé par la couronne du Trépan, & que l'hémorrhagie qui s'enſuivroit, feroit par conſéquent périr le malade.

Mais quoique l'on puiſſe, malgré l'opinion

l'opinion générale, trépaner sur ce Sinus sans l'offenser, & que, quand on l'offenseroit, l'hémorrhagie, suivant toute apparence, ne seroit pas mortelle, comme j'en ai vû deux exemples; cependant elle seroit au moins fort incommode : & puisqu'on a de l'espace en cet endroit du crane, je crois qu'on ne doit point ouvrir en effet sur toute la longueur dont j'ai parlé.

Les Sinus Frontaux ne permettent pas non plus d'appliquer le Trépan près des orbites des yeux. C'est pourquoi si l'os Coronal étoit enfoncé près de ces cavités, le Chirurgien devroit faire l'ouverture au-dessus, ou à côté de la fracture : car s'il la faisoit plus bas, il n'entreroit que dans le Sinus. Ainsi il manqueroit son but, qui est de procurer au pus une issue pour s'écouler du cerveau, ou d'avoir le moyen de relever l'enfonçure de l'os. D'ailleurs, l'ouverture du Sinus laisseroit peut-être une fistule incurable, supposé que le malade en réchappât.

L'os Occipital étant fort inégal, tant à sa surface externe qu'à l'interne, l'opération du Trépan y est presque impraticable; outre que les gros Sinus qui occupent une si grande étendue de cet os, laissent à peine assez d'espace pour le percer, sans danger de les blesser. Mais aussi il est tellement à couvert des injures extérieures par sa situation & par sa force naturelle, qu'il ne lui arrive pas aussi souvent qu'aux autres os du crane d'être fracturé; & quand cela arrive, la fracture est ordinairement suivie d'une prompte mort; parce que le Cervelet qui est soutenu de cet os, se trouve endommagé : ainsi l'opération est rarement nécessaire en pareille occasion.

Il est vrai que l'angle supérieur de l'os Occipital est situé plus haut que le Cervelet; & que quand il est fracturé ou enfoncé, le danger n'est pas aussi pressant. Néanmoins comme le Sinus longitudinal passe sous le milieu de cet angle, & que les Sinus lateraux situés plus bas n'en sont pas éloignés; il est à propos dans le cas dont

il s'agit, de trépaner à la partie inférieure de l'os Parietal, sans toucher à l'Occipital, où cette opération par conséquent ne sçauroit presque jamais être convenable.

On peut observer que j'ai dit, en parlant des blessures du Cervelet causées par une fracture, qu'elles se trouvoient ordinairement mortelles. Je n'entreprendrai pas de décider combien de tems peut encore vivre un malade, quand il y a du pus sur la surface de cette partie. Mais je crois qu'il n'est aucun exemple de guérison après un abscès du Cervelet; & quant à ses plaies, elles sont presque aussitôt suivies de la mort. Cette grande différence qui se rencontre entre le danger des maladies du cerveau, & celui des maladies du Cervelet, a fait croire que le premier est seulement l'organe des mouvemens animaux, & le second des mouvemens vitaux.

Les endroits où l'on ne doit pas appliquer la couronne du Trépan, sont donc les trois que j'ai rapportés, sçavoir, la suture Sagittale, l'os Co-

tonal près des orbites des yeux, & l'os Occipital. Quand il y a fracture par-tout ailleurs plus haut que les oreilles, rien ne doit empêcher l'opération. S'il n'y a qu'une petite fente, sans aucun enfoncement, ou mouvement de l'os, on peut trépaner sur la fente même; ce qui donnera bien plus promptement une issue au sang, ou au pus logé sous l'os, que si on trépanoit à une certaine distance. Si la fente est considérable, & l'os affoibli ou enfoncé, on doit appliquer le Trépan à l'un des côtés de la fente; mais ensorte qu'elle fasse partie de la circonférence de la piéce qu'on sciera.

Il est toujours mieux de percer près du bord inférieur de la fracture, parce que la déclivité du trou fournira au pus une issue plus facile. Cependant la crainte mal fondée, que le cerveau ne sortît par ce trou, a été cause que plusieurs Chirurgiens célébres se sont écartés de cette regle dans leur pratique. Si une seule ouverture ne suffit pas pour relever toute l'enfonçure de l'os, il faudra en faire

une seconde & une troisiéme, & même davantage, jusqu'à ce qu'on ait rendu tout le crane uni.

Il est souvent nécessaire de recommencer cette manœuvre deux ou trois fois, & dans une occasion on l'a réitérée jusqu'à douze fois avec succès; ce que je rapporte pour montrer le peu de danger qu'il y a de scier le crane, ou d'exposer à nud la Dure Mere & le Cerveau, lorsqu'il n'y a plus de compression. En effet, l'inconvénient de découvrir le cerveau est si peu de chose en comparaison d'une commotion, ou d'un abscès causé par le pus enfermé sous le crane; que les fractures du crane, où l'os dans toute son étendue est brisé & réduit en esquilles, mais que l'on peut ôter, guérissent beaucoup plus vîte, qu'une simple fente, où l'abscès ne sçauroit se vuider librement. Ainsi quoiqu'une fracture avec enfoncement puisse être relevée par le moyen d'une seule ouverture; neanmoins si elle est d'une longueur considérable, il est presque absolument nécessaire d'en

faire une ou deux autres pour faciliter l'écoulement du pus. Faute de cette précaution on voit des abſcès dont la ſuppuration augmente chaque jour, & qui au bout de quelques ſemaines emportent le malade.

Ceux qui ſont dans l'occaſion d'ouvrir des perſonnes qui ſont mortes de cet accident, ſeront convaincus de la vérité de ce que j'avance : car ils trouvent conſtamment du pus logé ſur le cerveau, non-ſeulement dans toute l'étendue de la fente, mais encore tout autour, & qui même s'étend quelquefois ſur un quart de la ſurface du cerveau.

Dans les commotions du cerveau ſans fracture du crane, ſi on emploie le Trépan, & qu'il y ait enſuite une abondante ſuppuration, il ſera à propos de faire encore d'autres ouvertures qui aillent juſqu'à l'abſcès; dont on conjecturera facilement la ſituation, en examinant de quel côté vient le pus.

Voici la maniére de trépaner. Ayant ſitué le malade de telle façon qu'il ait

la tête ſtable, ſoit dans un lit, la tête appuyée ſur le traverſin, ſoit qu'on le place dans une chaiſe baſſe ; le Chirurgien marquera avec la Pyramide de la Couronne le centre de la piéce d'os qu'il veut enlever. Enſuite avec le Trépan Perforatif il fera un trou aſſez profond pour recevoir la Pyramide. Celle-ci étant ferme dans le trou, empêchera la couronne de gliſſer; & les choſes étant en cet état, le Chirurgien continuera de ſcier, juſqu'à ce que l'impreſſion faite par la couronne lui donne de la ſtabilité ſans le ſecours de la Pyramide; qu'il faut ôter alors, de peur qu'elle ne bleſſe le cerveau avant que la couronne ait traverſé le crane, comme elle ne manqueroit pas de le bleſſer à la fin, parce qu'elle excede la couronne en longueur.

En perçant l'os, il ſe met de la ſcieure entre les dents de la couronne, lorſqu'on arrive au *Diploé*. C'eſt pourquoi il faut avoir toute prête une petite broſſe, afin de les nettoyer de tems à autre; & avec une

fonde pointue il faut emporter la pouſſiere qui ſe trouve dans la marque circulaire que fait la couronne; ayant attention, ſi cette marque eſt plus profonde d'un côté que d'un autre, d'appuyer enſuite davantage du côté que l'impreſſion eſt moindre, afin de pouvoir ſcier toute l'épaiſſeur de l'os en même-tems. Pour exécuter tout cela ſans s'arrêter que le moins qu'il eſt poſſible, il ſera bon d'être muni de deux couronnes qui ſoient préciſément de même grandeur, afin qu'un Aide puiſſe nettoyer l'une, tandis que le Chirurgien opére avec l'autre.

On conſeille de ſcier hardiment, juſqu'à ce qu'on ſoit arrivé au *Diploé*; & on dit qu'il ſe fera toujours reconnoître par le ſang qui en ſortira. Ce ſigne néanmoins n'eſt pas certain, & on ne doit pas s'y tenir: car quoique le *Diploé*, par-tout où il eſt, ſe manifeſte par le ſang qu'il fournit; quelquefois cependant le crane eſt ſi mince, qu'il n'a point de *Diploé*. Alors ſi l'Opérateur continuoit à pouſſer ſon inſtrument, dans l'attente de rencontrer

trer

trer cette ſubſtance, il bleſſeroit imprudemment le cerveau. Ce cas n'eſt pas fort commun; mais il l'eſt aſſez pour qu'on ſe tienne ſur ſes gardes, & qu'on ſe donne la peine d'examiner, ſi après qu'on a un peu ſcié, la piéce d'os ne branle point. C'eſt l'unique regle qu'on doive ſuivre, quand on eſt au-delà du *Diploé*; & avant que d'y parvenir, on peut également faire attention à cette regle, ſans perdre beaucoup de tems. La piéce d'os étant entiérement ſciée, & ne tenant plus à rien, on peut l'enlever avec les Tenettes inventées pour cet effet; & ſi le bord inférieur du trou près de la Dure Mere eſt garni de petites pointes d'os, on pourra le ratiſſer & le rendre uni avec un couteau Lenticulaire.

Voilà le principal de l'opération du Trépan. Tout ce qui reſte à faire, c'eſt d'introduire une Elevatoire dans l'ouverture, & de relever avec cet inſtrument l'enfonçure, ou les morceaux fracturés, ſi on ne peut les ſaiſir autrement, & de tirer les caillots de

sang, ou les autres corps étrangers. Si la Dure Mere n'est ni blessée ni déchirée, il faut y faire une incision, pour donner issue au sang ou au pus, qui ne manquent gueres de se trouver sous cette membrane, lorsque les symptomes ont été fâcheux, & qu'il n'est sorti aucune de ces matiéres d'entre le cerveau & la Dure Mere.

Je me suis servi dans tout ce Chapitre du mot de *Trépan*, afin de me faire mieux entendre. Mais l'instrument que je recommande en place, est une *Trephine*, dont les avantages, de même que ceux de la couronne cylindrique, sont décrits dans l'explication de la figure qui la représente.

Quant au pansement de ces differentes plaies, comme la plus grande partie du mal vient de la quantité du pus, & de la compression qu'il cause au cerveau, tout ce qui approche de la nature d'une tente, & qui augmente cette quantité & cette compression en tenant le pus enfermé, ne sçauroit manquer, à ce que je crois, d'être

pernicieux. C'eſt pourquoi je conſeille de ne ſe ſervir d'aucun *Sindon*, quel qu'il ſoit. Je n'approuve point non plus qu'on applique auſſi-tôt de l'eſprit-de-vin, comme on le conſeille ordinairement. L'eſprit-de-vin, généralement parlant, ne convient point dans les inflammations. D'ailleurs, il fronce les vaiſſeaux de la Dure Mere & du cerveau, & arrêtant la ſuppuration il produit quelquefois la gangrêne.

Ainſi puiſqu'on ne doit rien appliquer qui comprime fortement, & que toute la vertu que peuvent avoir les remédes topiques, ne ſçauroit le plus ſouvent ſe communiquer à l'abſcès, par la raiſon qu'il s'étend au-delà de l'ouverture du crane; le meilleur reméde qu'on puiſſe employer, eſt la ſimple charpie ſéche, qu'il faut appliquer mollement, afin de donner jour au pus, & la renouveller deux fois par jour, juſqu'à ce que la ſuppuration ſoit diminuée. Alors il ſuffira de panſer une fois en vingt-quatre heures, juſqu'à la fin du traitement, qui ſera un peu retardé par les exfoliations,

dont l'opération eſt quelquefois ſuivie. Le malade peut enſuite porter une plaque d'étain ſur la cicatrice, afin de la garantir des coups, & des autres injures extérieures.

PLANCHE VIII.

EXPLICATION.

A. Perforatif, appellé communément Trépan Perforatif. C'eſt avec cet inſtrument qu'on a coutume dans l'opération du Trépan de faire un trou au centre de la piéce d'os qu'on doit enlever, afin d'y placer la Pyramide. Néanmoins ſi la Pyramide eſt bien affilée & n'avance pas beaucoup au-delà des dents de la couronne, comme dans celle qui eſt marquée par la lettre B, on ſe paſſera très-aiſément du Perforatif. Mais comme la pointe de la Pyramide s'émouſſe bien-tôt en perçant, & que cela empêche la ſtabilité de la couronne qui ſcie; je crois qu'il eſt à propos d'avoir un Perforatif tout prêt. Il eſt encore commode

pour faire de petits trous dans la substance des os, afin d'aider la génération des petits grains charnus sur leurs surfaces. Quand on s'en sert, il doit être reçû & arrêté dans le manche C.

B. Couronne, ou Scie du Trépan avec la Pyramide qui déborde seulement tant soit peu les extrémités des dents. On peut observer que la figure de cette Couronne est cylindrique; en quoi elle différe des ordinaires, qui sont entiérement coniques, & dont quelques-unes le sont considérablement. Les Chirurgiens ont crû généralement que cette forme conique étoit très-avantageuse. Premierement ils se sont imaginé qu'on pourroit aisément blesser le cerveau, en sciant trop promptement le crane, si à mesure qu'on avance dans l'os, on ne rencontroit pas une plus grande difficulté, à raison de l'élargissement de la Couronne, & si l'action de l'instrument ne devenoit pas extrêmement lente. Tout cela leur a paru de la derniere importance. On s'est encore

persuadé, que si le diametre de la Couronne n'étoit plus petit vers les dents que vers la base, il seroit impossible de la pencher du côté où elle auroit fait une impression moins profonde qu'ailleurs; d'où il arriveroit qu'un côté de la piéce d'os se trouveroit entiérement scié, & le cerveau ou ses membranes offensées; tandis que d'autre part la Couronne n'auroit peut-être pas traversé la premiere table du crane. La derniere raison considérable en faveur de la Couronne de figure conique, c'est qu'elle reçoit plus facilement, & ensuite retient mieux dans sa cavité la piéce d'os qui a été sciée.

Mais je pense que tous les avantages qu'on attribue à cette figure sont très-legers. La peine que l'on éprouve à scier si lentement & si difficilement, n'est pas seulement fort incommode pour l'Opérateur; elle est encore absolument inutile pour l'opération. Car quand on se sert d'une Couronne cylindrique, avec laquelle on ne rencontre d'autre obstacle,

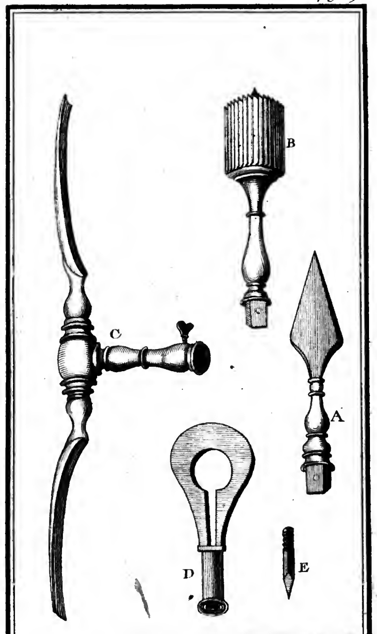
ſinon l'os qui ſe trouve devant les dents de l'inſtrument; on ne laiſſe pas malgré cela d'avancer par degrés; & ſuivant ce que l'expérience m'a appris, je ne vois pas qu'on riſque le moins du monde de tomber tout-à-coup ſur le cerveau, comme on appréhende; ſi on eſt attentif à ne pas trop appuyer ſur l'inſtrument, quand l'os eſt preſque entiérement ſcié.

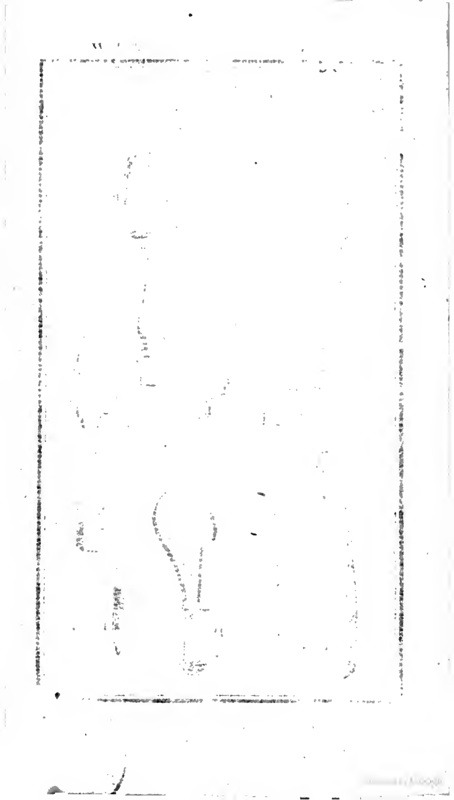
Pour ce qui eſt de l'impoſſibilité de pencher la Couronne d'un certain côté, lorſque la piéce d'os eſt ſciée inégalement, impoſſibilité qu'on allegue d'ordinaire; quiconque en fera l'eſſai, découvrira auſſi-tôt la fauſſeté de ce raiſonnement. Il eſt même contradictoire: car ſi on a déja ſcié plus profondément dans un endroit que dans un autre, il s'enſuit qu'on a appuyé plus fortement dans un endroit que dans un autre: ainſi on peut, quand on voudra, faire la même choſe une ſeconde fois.

Quant au dernier avantage qu'on prétend retirer de la Couronne de figure conique, ſçavoir que la piece

d'os entre mieux dans sa cavité, & y est mieux retenue ; cet avantage est si frivole, supposé même qu'il n'appartienne pas également à la Couronne cylindrique, qu'il ne vaut pas la peine d'en parler. Mais la vérité est, que la piéce d'os entre fort aisément dans la cavité de la Couronne cylindrique, & que vraisemblablement elle y tient mieux que dans l'autre ; parce que les bords de l'os & le côté intérieur de la Couronne se touchent en plus d'endroits.

C. Manche de la Couronne qu'on vient de décrire. Ce manche se nomme *la Trephine*, & il vaut beaucoup mieux que le Trépan, qui est un instrument semblable au Virebrequin des Menuisiers ; parce qu'il est fort aisé à tenir, & qu'on peut commodément le pencher d'un côté ou d'un autre de la Couronne, suivant qu'on le trouve nécessaire. Cependant quoique l'on convienne que le Trépan est un instrument incommode, la plûpart des Chirurgiens des autres parties de l'Europe ne laissent pas de s'en servir,


B
C
A
D
E



dans la ſuppoſition qu'il opére plus vîte que la Trephine.

La Trephine qui eſt ici repréſentée, eſt faite d'une telle façon, qu'elle peut très-bien ſervir d'Elevatoire. C'eſt pourquoi ſes extrémités ne ſont point polies.

D. Clef pour ôter la Pyramide E. lorſque la Couronne a ſcié aſſez avant pour n'en avoir pas beſoin.

E. La Pyramide.

PLANCHE IX.

EXPLICATION.

A. Pincettes propres à enlever la piéce d'os circulaire, lorſqu'elle ne tient pas à la couronne. Le moyen de la ſaiſir aiſément, c'eſt de fabriquer de telle maniere les extrémités des Pincettes qui doivent la ſaiſir, qu'elles forment un rond de même diametre que la couronne. A l'une des branches eſt ajoûté un petit Elevatoire pour relever de petits éclats d'os; mais il n'eſt pas d'un grand uſage.

B. Couteau Lenticulaire. La partie antérieure de sa lame est tranchante, afin de couper les esquilles que la couronne pourroit avoir laissées au bord inférieur de l'orifice du crane. Le bouton ou lentille qui est à l'extrémité, sert à recevoir la poussiere, de peur qu'elle ne tombe sur le cerveau. Il est rare qu'on ait occasion d'employer cet instrument. Pour moi je n'ai jamais été obligé de m'en servir.

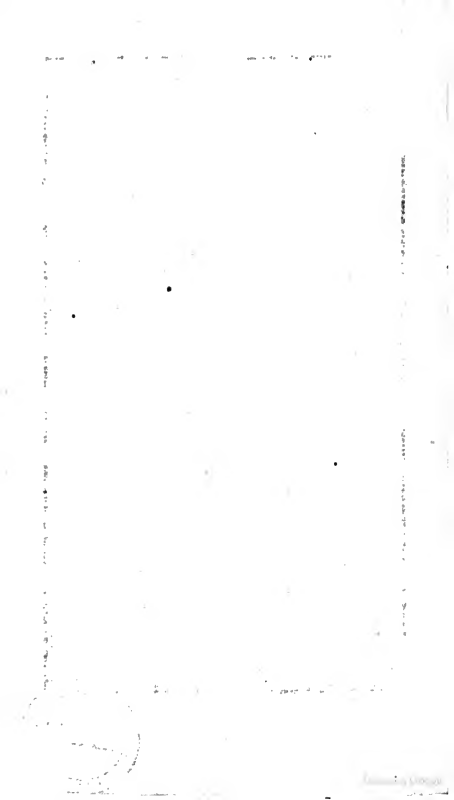
C. Rugine ou Ratissoire, que j'ai recommandée pour racler les os, afin d'aider la génération des petits grains de chair. Le manche de ces deux derniers instrumens est de bois; au lieu que les autres doivent être entiérement d'acier.



B

A

C



CHAPITRE XXVIII.

De la Cataracte.

LA Cataracte, appellée par les Latins *Suffuſio*, eſt une maladie qui rend opaque tout le corps du Cryſtallin ; en ſorte que les rayons de lumiere, qui, lorſqu'il étoit tranſparent, paſſoient librement à travers pour aller à la Rétine, ſont alors entiérement interceptés. C'eſt-là à peu près l'idée que nous ont donné de cette maladie Hippocrate & les anciens Grecs, qui la connoiſſoient auſſi ſous le nom de *Glaucome*.

Galien eſt peut-être le premier qui a mis une différence entre ces deux termes, diſant que la Cataracte eſt une pellicule qui ſe forme derriere l'*Iris*, & que le Glaucome eſt un vice du Cryſtallin. Cette opinion a prévalu depuis le tems de cet Auteur juſqu'à la fin du dix-ſeptiéme ſiécle, à très-peu de variété près. Mais alors il

s'éleva une diſpute ſur la diſtinction que faiſoit Galien ; quelques Modernes ſoutenant avec Hippocrate, que la Cataracte eſt toujours une maladie du Cryſtallin : ce qu'ils appuyerent de ſi bonnes raiſons, qu'il n'eſt preſque perſonne aujourd'hui qui ne ſoit de leur ſentiment. Cela n'a pas empêché que depuis quarante ans endeça, il n'y ait eu encore pluſieurs conteſtations ſur cet article.

Les Mathématiciens ayant obſervé que le défaut de la vûe qui reſte après l'opération de la Cataracte, répond à peu près à ce que cauſeroit l'abſence du Cryſtallin, ont tâché de prouver par-là que l'opération ne conſiſte que dans l'abbaiſſement de cette humeur ; après quoi l'œil n'exécute plus ſa fonction qu'avec l'humeur Aqueuſe, & l'humeur Vitrée. Mais comme ces deux dernieres ne ſont pas auſſi denſes que le Cryſtallin, elles ne cauſent pas aux rayons de lumiere une refraction ſuffiſante pour les réunir ſur la Rétine. C'eſt pourquoi les malades ſont obligés, quand ils ſont guéris,

de se servir de verres convexes, afin de suppléer au défaut du Crystallin qu'on a abbatu.

M. *Petit* Docteur en Médecine, & un des plus habiles Anatomistes de Paris, après avoir examiné la structure de l'œil avec la derniere exactitude, a montré qu'il ne pouvoit y avoir de pellicule dans la chambre postérieure; parce que cette chambre est trop petite, que le Crystallin est trop proche du derriere de l'Iris, & qu'outre cela il seroit impossible de déloger une semblable pellicule, sans offenser le Crystallin que l'on suppose n'être point vicié.

Une meilleure preuve encore, c'est que les Anatomistes qui ont souvent dissequé des yeux attaqués de Cataracte, après la mort des personnes, ont toujours trouvé que c'étoit une opacité de l'humeur crystalline, conformément à la définition du Glaucome. D'où il résulte qu'on doit regarder les termes de *Cataracte* & de *Glaucome* comme des termes synonymes; puisque ce n'est en effet qu'une seule & même maladie.

Je penſe qu'il eſt inutile de rapporter ſur cette queſtion les raiſons du parti contraire : car elles ont peu de force, & ſont preſque univerſellement rejettées.

Les Oculiſtes de tous les pays, en décrivant la nature de la Cataracte, ont établi comme une maxime sûre, que l'opération ne convient que dans un certain état de maladie; & cet état s'appelle la maturité de la Cataracte. Ils ont comparé cette maturité à celle d'un fruit; & ont ſuppoſé qu'il ſe fait un changement régulier dans la conſiſtence du Cryſtallin dès le moment qu'il eſt affecté. Ils diſent que dès le commencement de la maladie il ſe fond, ce qui arrive par dégrés; & qu'étant parvenu au plus haut point de liquefaction, il s'épaiſſit enſuite ſucceſſivement, & toujours de plus en plus, juſqu'à ce qu'enfin il devient entiérement dur, ou comme ils s'expriment, ſemblable à de la corne.

Ils ajoutent que l'habileté de l'Oculiſte conſiſte à choiſir ſi juſtement ſon tems pour faire l'opération, que la

Cataracte ne soit pas trop molle, parce qu'alors éludant les efforts de l'éguille, elle ne pourroit être abbatue; & qu'elle ne soit pas aussi trop dure, parce que les fibres qui l'attachent ayant de l'élasticité, & n'étant pas entiérement rompues par l'éguille, la feroient aussi-tôt remonter.

Voilà en peu de mots ce qu'on enseigne communément sur cette matiére. Mais je crois qu'il y a grand sujet de revoquer en doute ces changemens réguliers de consistence dans le Crystallin; puisque j'ai vû des Cataractes de vingt ou trente ans, qui se trouvoient molles & laiteuses dès qu'on les touchoit avec l'éguille; & que j'en ai vû plusieurs autres qui au bout de quatre ou cinq mois, je pourrois même dire de quatre ou cinq jours, avoient acquis un dégré convenable de consistence, lorsqu'elles étoient la suite d'un coup ou d'une piquure.

Ces deux cas ne s'accordent gueres avec le changement que l'on suppose. Ils se détruisent même absolument, &

montrent que la Cataracte, lorsqu'elle est devenue tout-à-fait opaque, peut souvent conserver le même dégré d'épaississement jusqu'à la fin de la vie, & que c'est peut-être ce qui arrive d'ordinaire.

Je ne dis pas que les Cataractes acquierent toujours fort promptement leur plus grande dureté. Ce qu'on peut conclure des observations que j'ai rapportées, c'est que dès qu'elles sont entiérement opaques, l'opération convient. C'est la méthode que j'ai suivie jusqu'à présent, & je ne trouve aucune raison de m'en écarter.

Ainsi puisque le Glaucome est réellement la même chose que la Cataracte, on doit une fois pour toutes abandonner la distinction qui se fait de ces deux maladies, & qui est purement imaginaire.

Ce que nous avons dit touchant la consistence de la Cataracte, sçavoir que de quelque nature que soit cette consistence, le seul but de l'opération est d'abaisser le Crystallin, montre aussi combien est frivole la distinction

que

que l'on fait de la vraie Cataracte & de la fauſſe ; & qu'il en eſt par conſéquent de même de la plûpart des ſoudiviſions compriſes ſous cette derniere ; telles que ſont la Cataracte capſuleuſe, la laiteuſe, la purulente, la douteuſe, la membraneuſe, la fibreuſe, la branlante, & pluſieurs autres qu'on trouve dans les Livres qui traitent de cette maladie ; & dont la plus grande partie ne ſont que des noms, qui chargent la mémoire ſans éclairer l'entendement ; & qui n'étant point fondées ſur la nature des choſes, ſont plutôt dûes à l'imagination des Auteurs, qu'à aucune variété réelle dans la maladie.

La couleur des Cataractes eſt la marque la plus sûre pour juger s'il eſt à propos de faire l'opération. Celles qui ſont de couleur de perle, ou de couleur de fer bruni, ſont regardées comme capables de ſoutenir l'aiguille. On croit que les blanches ſont laiteuſes, & que les vertes & les jaunes ſont d'une ſubſtance approchante de celle de la corne, & incurables. La plûpart des Auteurs décrivent la

Cataracte noire. Mais j'ose assurer qu'ils l'ont prise pour une Goute sereine; car comme cette derniere maladie ne paroît point, la prunelle semble noire, comme lorsque l'œil est dans son état naturel. Quant aux Cataractes vertes, je ne me souviens pas d'en avoir rencontré une seule de cette espece parmi le grand nombre que j'ai vûes. Cependant je ne nie pas sa possibilité. Il y a même apparence que ceux qui l'ont décrite, n'ont pas pû se tromper dans une chose qui devoit être si évidente.

Si la maladie de l'œil ne consistoit que dans la Cataracte; de quelle couleur qu'elle fût, il suffiroit de l'abbatre pour procurer la guérison. Mais ordinairement les Cataractes jaunes sont tellement adhérentes à l'Iris, qu'on ne peut les en séparer. D'ailleurs, lorsqu'elles sont une suite d'un coup, comme il arrive souvent, les cellules de l'humeur Vitrée sont si fort brouillées & rompues, ou la Rétine tellement affectée, que la personne reste aveugle, nonobstant qu'on

ait abbatu la Cataracte, qui étoit une des causes de la maladie.

Pour juger si la Cataracte est adhérente à l'Iris, quand on ne peut le distinguer par une simple inspection ; il faut faire fermer l'œil au malade, & froter un peu la paupiere. Ensuite faisant ouvrir l'œil tout à coup, on verra la prunelle se resserrer, supposé que le Crystallin n'y mette pas obstacle par son adhérence. Dans toutes les especes de Cataractes adhérentes, l'opération ne sçauroit gueres convenir. Je l'ai faite cependant une fois avec succès sur une personne qui avoit été trente ans aveugle. C'est la seule fois que j'ai essayé d'abbatre une Cataracte que je sçavois adhérente. Je ne l'aurois pas même entrepris, si ce n'eût été qu'elle me paroissoit très-ferme ; & que je crus que l'adhérence étoit légere, comme elle se trouva en effet.

Un autre point de très-grande importance avant que d'entreprendre la cure, c'est d'être assuré du véritable état de la Rétine. Il est fort aisé de s'en instruire quand la Cataracte n'est

pas adhérente. Il n'y a qu'à examiner ce qui se passe lorsque la lumiére tombe entre l'Iris & le Crystallin. Si l'œil ne l'apperçoit pas, c'est un signe certain qu'il y a une autre maladie, & alors l'opération est absolument inutile. Cette sorte de Cataracte doit ordinairement sa naissance à des maux de tête, des convulsions, & des maladies des nerfs. Pour sçavoir comment l'œil voit dans ce cas, il faut consulter la Planche.

Quelques Auteurs ont avancé faussement que l'opération de la Cataracte laiteuse ne réussissoit jamais. Cette Cataracte est de deux sortes; l'une qui est presque par-tout également molle, où l'aiguille entre comme dans de l'eau, & qu'on ne sçauroit par conséquent déloger de sa place; l'autre, où le Crystallin est fondu, & demeure renfermé dans sa propre tunique, qui est alors considérablement épaissie par la maladie. L'opération dans cette derniere espece a souvent un heureux succès; car si-tôt qu'on rompt la tunique, la liqueur sort & se préci-

pite; & si on n'a pas abaissé la tunique, elle se retire à la longue, & se réduit à peu de chose, ou bien elle se consume entiérement.

Après que la Cataracte a été abbatue, reste-t-elle en entier au bas de l'œil? où se consume-t-elle tout-à-fait, étant séparée de ses vaisseaux? C'est ce que je n'ai pû sçavoir positivement, n'ayant jamais eu occasion de disséquer l'œil d'aucune personne à qui on eût fait l'opération. Mais ce qu'on voit arriver aux Cataractes qui n'ont pas été entiérement abaissées au-dessous de la prunelle, & qui demeurent toujours ensuite dans le même état, donne sujet de croire qu'il ne s'en consume qu'une petite partie. Je connois une femme dont la Cataracte, après l'opération, nageoit librement dans l'œil. Quand elle tenoit la tête droite, la Cataracte s'enfonçoit au bas de l'œil; & quand elle penchoit la tête en devant, la Cataracte venoit jusque sur la prunelle.

Lorsqu'aucune des difficultés que j'ai rapportées, n'empêche l'opération,

elle se fait de la maniere suivante. On place le malade à un jour convenable, & sur une chaise proportionnée à la hauteur de celle qui doit servir à l'Opérateur. On lui met derriere le dos un ou deux oreillers, de telle façon que le corps étant avancé en devant, la tête puisse approcher de l'Opérateur. Alors celui-ci inclinant un peu en arriere la tête du malade, & l'appuyant sur la poitrine d'un Aide-Chirurgien, couvrira l'œil sain, afin d'empêcher qu'il ne roule. Ensuite ayant abaissé la paupiere inférieure de l'œil malade, tandis que l'Aide tiendra élevée la supérieure, il enfoncera l'aiguille dans la Conjonctive, à une ligne loin de la Cornée, & à travers le milieu de la prunelle par derriere, jusqu'à ce qu'il soit dans la chambre postérieure. Y étant arrivé il tâchera doucement d'abbaisser la Cataracte avec la surface plate de l'aiguille. Si après avoir été délogée elle remonte, quoique ce ne soit pas avec beaucoup d'élasticité, il faut la repousser en bas plusieurs fois de suite. Si elle est mem-

braneuſe, il faut, après que la liqueur eſt évacuée, briſer avec l'aiguille & affaiſſer la tunique qui la renfermoit.

Si la Cataracte eſt entiérement liquide, ou extrêmement élaſtique, on ne doit pas continuer l'opération; car les vains efforts qu'on feroit pour en venir à bout, ſeroient capables d'attirer une violente inflammation. Quand il eſt queſtion d'abbatre une Cataracte de l'œil droit, & que le Chirurgien ne ſçauroit opérer avec la main gauche auſſi adroitement qu'avec la droite, il peut ſe mettre derriere le malade & ſe ſervir de la main droite.

On ne ſçauroit bien opérer ſans le ſecours du *Speculum Oculi*, à moins que le malade n'ait aſſez de réſolution pour ne point remuer l'œil. Cependant je n'ai pas recommandé cet inſtrument; parce que l'œil ſe vuidant un peu, dès que l'humeur aqueuſe ſort par la piquure, il eſt alors plus aiſé d'abbaiſſer le Cryſtallin, que lorſqu'on tient l'œil comprimé avec le *Speculum.*

Quand après l'operation il survient une inflammation, ce qui n'arrive pas toujours, je n'ai rien à conseiller de particulier, sinon de s'abstenir de tout Collyre chargé de poudres. Car la partie la plus fine de ces poudres venant à se dissiper, elle laisse dans l'œil une substance graveleuse qui ne peut manquer d'être nuisible. La saignée & les douces évacuations sont absolument nécessaires. Les choses fraîches appliquées extérieurement sur l'œil le soulagent beaucoup. Mais, comme cette opération cause quelquefois une Ophthalmie fâcheuse, & que d'ailleurs le succès en est toujours incertain ; cela a détourné la plûpart des Chirurgiens de l'entreprendre, & les a empêché, si ce n'est depuis quelque tems, d'étudier la nature de la maladie. Mais je m'imagine qu'on fera plus de cas de cette opération, lorsqu'elle sera davantage pratiquée par d'habiles gens ; car ce qui l'a décrédité n'est pas tant la difficulté d'y réussir, que l'abus qu'en ont fait de prétendus Oculistes.

CHAPITRE XXIX.

De l'incision de l'Iris.

IL y a deux cas où cette opération peut être de quelque utilité; l'un quand il est impossible de faire changer de place à la Cataracte, à raison de son adhérence; l'autre quand la prunelle de l'œil est entiérement fermée par une vice des fibres musculaires de l'Iris, qui se contractant peu à peu, ne laisse plus à la fin aucune ouverture. Cette derniére maladie a été jusqu'à présent estimée incurable.

J'ai parlé dans le chapitre précédent de l'adhérence de la Cataracte, & je l'ai regardée comme une sorte d'aveuglement qui est sans remede. Mais M. *Cheselden* a trouvé le moyen de faire une prunelle artificielle en fendant l'Iris; & cela peut avoir son avantage dans les deux cas dont j'ai parlé.

Pour exécuter cette opération, il

faut ſituer le malade comme lorſqu'on veut abbatre la Cataracte, & tenir l'œil ouvert & immobile par le moyen du *Speculum Oculi*, qui eſt ici abſolument néceſſaire, pour la même raiſon qui me le fait rejetter dans l'opération de la Cataracte. Sans cela l'Iris devenant flaſque par l'évacuation de l'humeur aqueuſe, ne fourniroit pas aſſez de réſiſtance au biſtouri, qui au lieu de la couper, la déchireroit & la ſépareroit du ligament Ciliaire. Enſuite on perce la Conjonctive au même endroit que pour abbatre la Cataracte, ſe ſervant à cet effet d'un biſtouri particulier, dont la lame eſt tenue horizontalement, & le dos tourné vers l'Opérateur; & on inſinue cet inſtrument entre le Ligament Ciliaire & la circonférence de l'Iris, dans la Chambre antérieure de l'œil. Le biſtouri étant avancé juſqu'à l'extrémité oppoſée de l'Iris, on fait une inciſion tout à travers cette membrane. Si l'opération réuſſit, l'inciſion s'élargira auſſi-tôt d'elle-même, & formera un trou conſidérable, qui s'aggrandira enſuite.

Quant à l'endroit où il faut ouvrir l'Iris, cela dépend de la nature de la maladie. S'il n'y a pas autre chose qu'une contraction de l'Iris, l'incision doit se faire dans le milieu, qui est la place naturelle de la prunelle. Mais s'il y a une Cataracte, il faut ouvrir au-dessus ou au-dessous de la Cataracte. Je crois néanmoins qu'il vaut mieux que ce soit au-dessus.

La contraction de l'Iris causée par la paralysie, se trouve souvent compliquée avec un vice de la Rétine; & alors le succès est fort incertain. J'ai vû cette opération très-bien réussir dans des adhérences du Crystallin; quoiqu'à dire vrai, cela soit arrivé fort rarement. Comme je ne prétens détourner personne de pratiquer une opération qui n'est pas encore beaucoup connue, je dois dire aussi que l'évenement ne sçauroit manquer d'être fort douteux, à cause du danger qu'il y a que l'Iris ne se sépare du Ligament Ciliaire, & que l'incision ne s'élargisse pas suffisamment. J'ai fait une fois cette incision avec un succès

paſſable. Mais au bout de quelques mois l'ouverture ſe referma, & la perſonne redevint aveugle.

Dans ces deux Chapitres je n'ai pas employé une ſeule fois le mot d'*Uvée*, & j'ai fait mention deux ou trois fois du *Ligament Ciliaire*. Ces deux parties n'ayant point été expliquées comme il faut, on n'en a qu'une idée très-confuſe. Il eſt cependant néceſſaire de les bien concevoir pour entendre ce que j'ai dit ſur les maladies dont il eſt queſtion.

Le gros des Anatomiſtes appelle *Uvée* la membrane dont j'ai parlé ſous le nom d'*Iris*, & nomme *Iris* la lame antérieure de cette membrane. D'autres qui donnent auſſi le nom d'*Uvée* à la membrane, donnent celui d'*Iris* à ſa couleur. Ces deux diſtinctions brouillent également l'eſprit de ceux qui veulent s'inſtruire, & viennent de ce qu'on n'a pas fait aſſez d'attention à l'hiſtoire de l'Anatomie. Les Anciens, de qui nous tenons la plûpart des noms qui s'emploient dans la deſcription de l'œil, diſſequoient princi-

palement des animaux, pour ne pas dire qu'ils ne disséquoient rien autre. Entre les animaux, ceux qui broutent l'herbe, ont la Choroïde de deux couleurs, sçavoir moitié noire, & moitié d'un vert clair & brillant. Cette derniere couleur, à raison de sa ressemblance avec un raisin qui n'est pas mur, fut appellée l'*Uvée*. Les Auteurs modernes qui vinrent ensuite, ne s'appliquerent qu'à disséquer des corps humains; & ne considérant pas comme il faut la différence qui se trouve entre la Choroïde humaine qui est presque d'une seule couleur, & celle des animaux; ils retinrent le nom d'*Uvée*, quoique dans l'œil de l'homme il n'y ait rien qui y réponde. Delà est venu ce grand nombre de mauvaises applications qu'on a faites de ce terme, dont il ne doit pas être plus question dans l'Anatomie de l'œil humain, que de la tunique appellée *Nictitans*, qui est propre à certains animaux terrestres & à certains oiseaux.

Le Ligament Ciliaire est une ligne

circulaire sur le globe de l'œil à l'endroit où la Sclérotique, la Choroïde, la Rétine, la Cornée, les Procès Ciliaires, & l'Iris se terminent. Cette ligne forme une espece d'anneau blanchâtre un peu plus épais que tous les autres endroits des tuniques de l'œil. Depuis l'établissement de ce terme, on a fort négligé l'étude de la partie qu'il désigne, & on a confondu le Ligament Ciliaire avec les Procès Ciliaires. C'est pourquoi j'ai crû être obligé de le décrire exactement, afin qu'on entendît mieux en quoi consiste l'opération qui se fait sur l'Iris.

PLANCHE X.

EXPLICATION.

A. Aiguille pour abbatre la Cataracte. La partie large vers la pointe est plate d'un côté, & un peu convexe de l'autre, afin qu'elle ait plus de corps, & qu'elle soit plus forte.

Le manche est d'ivoire blanc, avec une raie noire au côté qui répond à la

ſurface convexe de la lame. Cette raie étant tournée en haut en tenant l'inſtrument, ſert à diriger l'Opérateur, pour qu'il puiſſe abaiſſer avec la ſurface plate de l'aiguille, la tunique d'une Cataracte laiteuſe. Car la Cataracte nageant dans l'œil, empêche de voir l'aiguille; de ſorte qu'on ne pourroit la ſituer comme il faut ſans le ſecours de cette raie.

B. Un *Speculum Oculi*. Il s'ouvre ou ſe ferme par le moyen d'un bouton de fer, qui gliſſe dans une couliſſe qui eſt au manche. Cet inſtrument eſt d'une ſeule piece d'acier; & il eſt fait de telle maniere, qu'il s'ouvriroit de lui-même par ſon élaſticité, ſi les branches du manche n'étoient pas arrêtées par le bouton. Le cercle doit être garni de velours, afin qu'il ne bleſſe pas la paupiere.

C. Biſtouri pour l'inciſion de l'Iris, & dont la lame ne coupe que d'un côté.

D. Figure de l'œil.

Le petit arc à la partie anterieure de la figure, repréſente la Cornée.

Les deux lignes droites, l'une vis-à-vis de l'autre, ſont l'Iris. L'ouverture entre ces deux lignes, c'eſt la Prunelle. L'eſpace entre la Cornée & & l'Iris, c'eſt la chambre antérieure de l'œil. Le corps orbiculaire, c'eſt le Cryſtallin. L'eſpace entre l'Iris & le Cryſtallin, c'eſt la Chambre poſtérieure. Les deux lignes courtes, qui partent de la réunion de la Cornée, de l'Iris, de la Sclérotique, de la Choroïde & de la Rétine, & qui vont ſur le Cryſtallin, repréſentent les Procès Ciliaires.

Le but de cette figure eſt de montrer la petiteſſe de la chambre poſtérieure, & comment il peut paſſer obliquement quelque lumiere entre l'Iris & le Cryſtallin, par les interſtices des Procès Ciliaires; ce qui produit le peu de vûe qui reſte aux perſonnes affligées de la Cataracte.



D

C

B

A



CHAPITRE XXX.

De la Fiſtule Lacrymale.

ON entend ordinairement par Fiſtule Lacrymale une maladie qui attaque le conduit lacrymal, & qui bouchant le paſſage naturel des larmes, les oblige de couler le long de la joue. Mais ce n'eſt-là que le premier & le moins fâcheux dégré du mal. Le ſecond dégré, c'eſt lorſqu'il ſort du pus avec les larmes par les points lacrymaux, & quelquefois par une ouverture qui ſe fait à la peau entre le nez & le grand angle de l'œil. Le dernier dégré, & qui eſt le pire de tous, c'eſt lorſque le pus, à force de ſéjourner, a non-ſeulement rongé les parties voiſines qui ſont molles, mais auſſi affecté l'os qui eſt au-deſſous.

Pour mieux faire comprendre & le ſiége & la nature de cette maladie, j'ai mis ici une repréſentation du conduit lacrymal.

La plûpart des Auteurs qui traitent de la Fistule Lacrymale, disent que l'inflammation & l'ulcération du Sac lacrymal sont quelquefois les causes immédiates de la maladie. Tous ces Auteurs supposent que les larmes devenant acres & corrosives, produisent l'inflammation & l'abscès: & plusieurs d'entre eux s'imaginent que les larmes ne pouvant couler par le conduit Nazal, & étant obligées de séjourner dans le Sac, elles se corrompent & forment du pus qui sort par les points lacrymaux.

Rien de plus mal fondé que cette derniere opinion. Car outre que les larmes ne sont pas d'une nature à devenir du pus, on peut observer presque toutes les fois que l'on comprime l'abscès, que les deux liqueurs paroissent sans être mêlées ensemble. Quant à l'idée commune qui attribue la maladie à l'âcreté des larmes, c'est une chose qui me paroit fort douteuse; car la Cornée & la Conjonctive étant des membranes bien plus sensibles que

le Sac, elles devroient bien plutôt être offenſées par les larmes. Mais comme nous voyons qu'elles ne le ſont point du tout, & que néanmoins toutes les parties du corps ſont ſujettes à s'enflammer & à s'abſceder par des cauſes internes; je crois qu'il y a grand ſujet de révoquer en doute cette cauſe extérieure.

Quelle que ſoit la cauſe de l'inflammation de la partie dont il s'agit, ſoit la Petite Vérole, ſoit la Groſſe Vérole, &c. il eſt vrai de dire qu'elle bouche toujours abſolument le conduit nazal. Mais comment un conduit auſſi gros que celui-là peut-il être entiérement bouché par l'inflammation? Cela vient, à mon avis, de ſa ſituation dans la rainure oſſeuſe de l'os *Unguis*, qui ne permettant pas au conduit de ſe dilater lorſqu'il eſt enflammé, & que ſes parois ſont épaiſſies; il arrive néceſſairement que ſa cavité ſe remplit tout-à-fait, & que les larmes & le pus regorgent; ce qui eſt le ſymptome conſtant de cette maladie.

M. *Anel* Chirurgien François donna, il y a quelques années, une nouvelle maniere de traiter les Fistules Lacrymales récentes. On introduit par un des points lacrymaux une petite sonde dans le Sac lacrimal & dans le nez, afin de briser les concretions que l'on suppose boucher le canal ; & avec un petit tuyau & une seringue on pousse une injection par l'autre point lacrymal, afin de nettoyer le conduit.

Cette méthode fut d'abord reçûe avec grand applaudissement ; & il y a de très-habiles Chirurgiens qui s'en servent encore. Cependant soit que je considere les experiences qu'en ont fait les autres, soit que j'examine la méthode en elle-même, je ne sçaurois en avoir une grande idée. Comme le vrai caractere de la Fistule récente, consiste en ce que les larmes refluent du Sac lacrymal ; on doit supposer que les branches supérieures du conduit, qui vont se décharger dans ce sac, & qui partent des points lacrymaux, sont alors nettes.

Quant à l'obſtruction du conduit nazal, on ne peut gueres s'imaginer qu'une injection pouſſée avec ſi peu de force, ſoit capable de la diſſiper; & encore moins, ſi cette obſtruction ne vient pas de quelque ſubſtance particuliere, qui bouche le paſſage, mais d'une inflammation des membranes.

Si donc l'injection ne ſçauroit être d'aucun ſecours par la force avec laquelle elle eſt pouſſée, ſon avantage doit venir de ſes qualités balſamiques. Mais il n'eſt aujourd'hui aucun Chirurgien qui ſe ſerve d'injections, de quelque nature qu'elles ſoient, pour dilater un abſcès, lorſque le pus eſt bien conditionné, & qu'il y a moyen, en appliquant des compreſſes, de diminuer la cavité de l'abſcès; comme on peut faire dans le cas préſent, & comme on le doit, avant que de recourir à aucune autre méthode. En effet M. *Anel* & ſes Sectateurs appliquoient une compreſſe & un bandage, après avoir injecté. Cette compreſſe & ce bandage faiſoient un bon effet: & je ſuis porté à croire qu'on doit leur

attribuer plutôt qu'à toute autre chose les succès qu'avoit la nouvelle méthode.

Lorsque la quantité du pus qui reflue par les points lacrymaux, augmente malgré l'usage des compresses, & que la tumeur du sac devient plus considérable; il est alors nécessaire d'en venir à l'opération, dont le but est de guérir l'ulcére, & de pratiquer aux larmes une route pour couler dans le nez.

L'idée générale, que l'abscès du Sac lacrymal produit toujours la carie de l'os *Unguis*, est peut-être ce qui a engagé les Chirurgiens dans la méthode de détruire le Sac lacrymal & l'os avec un instrument perforatif, & ensuite plus efficacement avec le cautére actuel; afin d'emporter l'endroit carié, & de pratiquer en même tems un canal artificiel au-dedans du nez. Mais comme il y a plusieurs exemples de Fistules qui ont été guéries par la simple incision du Sac lacrymal, on ne doit point recourir à la méthode fâcheuse de percer l'os,

à moins qu'il ne ſoit évidemment carié, ou que les larmes ne continuent à ſéjourner dans le conduit, après que l'ulcére du ſac eſt conſolidé. Dans ce cas là même l'application du feu eſt ordinairement inutile ; ſouvent elle ſe trouve pernicieuſe, & abſolument contraire à la fin qu'on ſe propoſe.

Le but du cautére actuel eſt d'empêcher que le canal artificiel qui a été fait en perçant l'os, ne ſe bouche. Cependant les Chirurgiens qui le recommandent, avouent que dans les perſonnes qui ont été ainſi cautériſées, les larmes ne laiſſent pas de couler toujours enſuite le long des joues, quoique l'opération ait été exécutée le mieux du monde ; au lieu que cet accident n'arrive pas ſouvent aux perſonnes en qui on s'eſt contenté de percer l'os.

La raiſon de cette différence ſe comprendra mieux par une comparaiſon. Si on coupe entiérement une veine, & qu'on cautériſe ſes extrémités, on ſçait que les eſcarres formées par le feu, ne ſe ſéparent preſque jamais

des parties vivantes de la veine, jusqu'à-ce que celles-ci soient tout-à-fait consolidées, ensorte qu'elles empêchent la moindre hémorrhagie; d'où il arrive qu'il ne reste plus de communication entre les parties de la veine qui ont été séparées.

Au contraire si on ouvre simplement la veine avec un instrument tranchant, ou même si on enleve un morceau de ce vaisseau, les parties divisées se réuniront promptement, & la circulation y continuera. Par la même raison l'usage du cautére détruira souvent toute communication entre les points lacrymaux & le sac. Ainsi le trou qu'on aura pratiqué dans le nez ne servira de rien, quoiqu'il demeure ouvert.

On dira peut-être qu'en introduisant le fer chaud par une canule, on garantira de ces mauvais effets la partie supérieure du sac, ou l'ouverture des branches supérieures du conduit. Mais je crois que la grossiéreté de la cicatrice qui restera après la consolidation de la plaie, montrera claire-

ment avec quelle force le feu agit sur les parties voisines, malgré cette précaution.

Ce que nous avons dit de la nature de la Fistule Lacrymale, doit faire bannir absolument l'usage du cautére actuel dans tous les dégrés de cette maladie. Il ne faut même percer ordinairement l'os, que lorsqu'il est carié ; ce qui arrive fort rarement. Pour moi, j'ai toujours douté que cette carie fût fréquente, & je n'en ai jamais vû un seul exemple. Cependant j'ai traité des Fistules qui avoient duré plusieurs années ; & dans quelques-unes le pus s'étoit ouvert une issue à travers le sac & la peau ; ce qui avoit formé un nouvel ulcére au-dehors. La raison pourquoi la partie inférieure du sac n'est pas si souvent rongée que la supérieure (car en ce cas l'os seroit nécessairement affecté), c'est qu'en cet endroit, de même qu'en toutes les autres parties du corps, les abscès s'ouvrent du côté qu'ils trouvent le moins de résistance. C'est aussi ce côté-là qui céde plutôt aux humeurs qui

y abordent contre nature; & comme il devient par conséquent plus foible, il est plutôt détruit.

Ainsi puisque ni la durée de la maladie, ni l'abondance de la suppuration, ne sont des signes certains de carie, il faut s'assurer de son existence par le moyen de la sonde, avant que d'entreprendre de percer l'os. Mais si après avoir ouvert le sac, ou dans le cours du pansement, l'os *Unguis* se montre à découvert, on ne doit pas s'attendre à l'exfoliation d'un os si mince, mais le percer avec un petit instrument.

Plusieurs Auteurs disent avoir quelquefois traité avec succès la Fistule Lacrymale comme un simple abscès du sac; quoiqu'ils recommandent généralement l'usage du cautére actuel. Mais quand l'abscès est tellemeut sordide, que l'incision ne se guérit pas, il faut emporter un morceau du sac: & c'est ainsi que Celse traitoit la Fistule Lacrymale, sans percer l'os; quoiqu'il se servît aussi du cautére.

Quand donc il n'est pas nécessaire

de percer l'os, voici la maniere de faire l'opération. Supposé que l'abſcès ne ſe ſoit pas ouvert de lui-même, on choiſit le tems où il eſt le plus rempli de pus. Pour cela on peut fermer l'œil du malade la veille de l'opération, & mettre de petites longuettes d'emplâtre l'une ſur l'autre en travers des paupieres, depuis l'endroit des points lacrymaux juſqu'au grand angle de l'œil. Les branches ſupérieures du conduit étant ainſi comprimées, & le pus ne pouvant refluer par-là, il s'amaſſera dans le ſac, & indiquera plus ſûrement l'endroit où il faut inciſer.

Si l'abſcès eſt déja ouvert, l'orifice & la ſonde montreront où il faut dilater. Enſuite ayant placé le malade ſur un ſiége d'une hauteur convenable pour la commodité de l'Opérateur, on prend un petit biſtouri, & on fait la dilatation de haut en bas, depuis la partie ſupérieure du ſac juſqu'au bord de l'orbite. On ne s'embaraſſe point de couper le tendon du muſcle orbiculaire, & on ne craint point de bleſſer les vaiſſeaux ſanguins. Néanmoins

ſi on les apperçoit, il eſt à propos de les éviter. L'inciſion doit avoir un peu plus de quatre lignes de longueur.

On a conſeillé, en ouvrant le ſac, d'introduire dans ſa cavité une petite ſonde par un des points lacrymaux, afin de ne pas bleſſer la partie poſtérieure. C'eſt un excès de précaution qui me paroît plus embaraſſant qu'utile ; puiſque dans une cavité auſſi conſidérable, la moindre adreſſe ſuffit pour éviter une pareille bévûe.

Il faut avoir ſoin en faiſant l'inciſion de ne pas couper trop près de la commiſſure des paupieres, à cauſe de la difformité que laiſſeroit la cicatrice. Cependant l'éraillement de l'œil qui reſte après l'opération, eſt d'ordinaire l'effet du cautére actuel, & non de la plaie du tendon du muſcle orbiculaire. Ce tendon eſt tellement ſitué, qu'on ne peut s'empêcher de le couper : mais il n'en réſulte aucun inconvénient; parce que la fermeté de la cicatrice qui ſe forme enſuite, le tient fortement attaché à l'os.

Le ſac étant ouvert, on le remplira

de charpie ſeche, qu'on pourra ôter le lendemain, & mettre en ſa place un bourdonnet trempé dans un doux digeſtif. On réitérera la même choſe une fois ou deux par jour, ſuivant l'abondance de la ſuppuration. On employera quelquefois le précipité, lorſque le pus ne ſera pas bien conditionné; & de tems en tems on ſe ſervira d'une tente d'éponge, afin d'empêcher le haut de l'abſcès de ſe réunir trop promptement.

Quand la ſuppuration commencera à diminuer, il faudra à chaque panſement introduire dans le nez une petite ſonde ou un fil d'argent, par le conduit nazal, afin de le dilater un peu, & de frayer une route aux larmes & au pus, qui en coulant le tiendront enſuite ouvert. On continuera cette manœuvre juſqu'à ce que la ſuppuration ſoit preſque finie, ce qui arrivera au bout de quelques ſemaines: & alors en panſant ſuperficiellement avec la charpie ſeche, ou avec un deſſicatif, la plaie ne manquera gueres de ſe conſolider. Après la gué-

rison il sera bon, pour prévenir une rechûte, de porter durant quelques semaines le bandage compressif qui est représenté dans la Planche.

Lorsque l'os est découvert, & qu'il est nécessaire de le percer, il faut porter l'instrument vers le nez, & non vers le conduit nazal, de peur d'entrer dans le sinus maxillaire. On s'apperçoit que l'os est bien percé, par le sang qui sort librement par le nez.

On pansera ensuite la plaie avec des bourdonnets de la maniere que j'ai décrite ci-devant ; & chaque jour on passera une sonde, ou un fil d'argent par le conduit nazal, de peur qu'il ne reste bouché après la guérison de l'abscès. Si en sondant on trouve le conduit si plein qu'on ne puisse y faire entrer le fil d'argent, il faudra tenir ouvert avec une petite tente, le trou qu'on a pratiqué dans le nez, jusqu'à ce que la suppuration soit presque entiérement finie.

Je terminerai ce Chapitre en remarquant, que le larmoyement qui subsiste quelquefois après qu'on a traité

la Fiſtule Lacrymale, eſt très-peu de choſe en comparaiſon de la ſuppuration; & qu'on ſeroit heureux, ſi l'opération n'avoit point de plus mauvaiſes ſuites. Mais quelquefois l'ulcére ſe rouvre, après qu'il eſt conſolidé. D'autres fois on ne ſçauroit venir à bout de le conſolider parfaitement. La raiſon de cela eſt, que la partie inférieure du ſac & du conduit nazal étant ſituée fort profondément au-deſſous du bord de l'orbite, il eſt très-difficile d'appliquer au fond de l'ulcére les remedes convenables, & de le panſer comme il faut. Cette ſituation du ſac eſt la principale cauſe qui rend inutile le cautére actuel & le trou qu'on fait à l'os, lorſqu'on ne panſe que le trou, comme c'eſt l'ordinaire; puiſqu'alors ce qu'on appliquera ſe trouvera plus de quatre lignes au-deſſus de la partie la plus baſſe de l'ulcére.

Quant au larmoyement, quoiqu'on l'évite pour l'ordinaire en ſuivant la méthode que j'ai recommandée; on ne doit pas du tout s'étonner, qu'il

ſubſiſte ſi ſouvent après l'uſage des autres méthodes, lorſqu'on fait réflexion combien le ſac ſe rétrecit après qu'on a détruit une grande partie de ſa ſubſtance, & avec quelle facilité la plaie ſe remplit de bonne chair ; ce qui ne ſçauroit manquer d'être un obſtacle au paſſage des larmes dans le nez.

PLANCHE XI.

Explication.

A. Oeil, dont les paupieres ſont dépouillées de leur peau, afin qu'on voye le muſcle orbiculaire. La ligne blanche qui va du côté du nez depuis le grand angle de l'œil, s'appelle le tendon du muſcle orbiculaire ; mais je crois que c'eſt plutôt un petit ligament. A une petite diſtance du grand angle on voit ſur les bords des paupieres deux taches noires, qui ſont les orifices des branches du conduit lacrymal, & ſe nomment les points lacrymaux.

B. Meſure exacte des branches du conduit

A

C

B

D

E



conduit lacrymal, & du ſac. La ligne des points repréſente le bord de l'orbite. J'ai pris ſoin de marquer la direction oblique du ſac depuis le nez vers l'orbite.

En comparant cette figure avec la ſituation des points lacrymaux dans la précédente, on voit qu'il n'y a que la partie ſupérieure du ſac, qui ſoit placée ſous le tendon du muſcle orbiculaire; & par conſéquent que c'eſt la ſeule partie que l'on bleſſe & que l'on brûle dans l'opération commune, lorſqu'on porte horizontalement le perforatif depuis le grand angle juſque dans le nez, ſuivant la pratique ordinaire. Quoique le diametre du ſac qui eſt ici repréſenté, ne ſoit pas auſſi grand que lorſque cette partie eſt attaqué de maladie, je crois néanmoins qu'il ſuffira pour montrer, combien il eſt à propos d'ouvrir d'abord le ſac par une inciſion qui deſcende juſqu'à l'orbite, ou même plus bas, & de panſer enſuite la Fiſtule de la même façon que l'on panſe les autres ulcéres fiſtuleux.

C. Petit biſtouri, plus commode qu'un plus grand, pour ouvrir le ſac lacrymal.

D. Perforatif pour détruire l'os *Unguis*, quand cela eſt néceſſaire.

E. Inſtrument de fer, qui eſt mince & flexible, afin qu'il joigne exactement ſur le front. On le garnit de velours. Les trous qui ſont à ſes trois extrémités ſervent à recevoir deux rubans, par le moyen deſquels on l'attache ſur le front. Le bouton qui eſt au bout de la vis, doit être placé ſur le ſac lacrymal; & il faut tourner la vis juſqu'à ce que le bouton preſſe conſidérablement le ſac. On garnira le bouton de velours; & avant que de l'appliquer on mettra ſur le ſac un morceau d'emplâtre, afin d'empêcher que la peau ne s'écorche par la compreſſion. La petite branche de fer qui reçoit la vis, doit être aſſez molle pour qu'on puiſſe la plier; autrement il ſeroit difficile de placer le bouton exactement ſur le ſac.

L'inſtrument qui eſt ici repréſenté, ne ſert que pour l'œil gauche. Il faut,

le porter jour & nuit dans les commencemens d'une Fiſtule, & après qu'elle a été guérie par l'inciſion. Mais comme le ſuccès dépend de la ſituation exacte du bouton ſur le ſac, il faut y avoir beaucoup d'attention.



CHAPITRE XXXI.

De la Bronchotomie.

L'OPÉRATION de la Bronchotomie est une incision par laquelle on ouvre la Trachée artére, afin d'introduire l'air dans les poumons, lorsque la respiration est interceptée par une tumeur qui comprime le Larynx, ou par quelque autre vice de la Glotte & de la Trachée artére, sans aucune tumeur apparente.

Voilà les cas où l'on prétend que cette opération est utile. Pour moi je pense qu'elle ne sçauroit presque jamais être d'aucun secours, sinon lorsque le mal est accompagné de tumeur. En effet, je ne trouve pas qu'elle ait jamais produit sûrement quelque bien dans les autres especes d'Esquinancie : & en examinant les cadavres de ceux qui sont morts de cette maladie, on n'a pas trouvé que l'air fût intercepté par aucun resserrement de la

Glotte ou de la Trachée artére. Ainſi puiſque le paſſage demeure ouvert ; & que la reſpiration eſt empêchée par d'autres cauſes, l'opération ſerviroit de peu. Je l'ai fait une fois en pareil cas ; mais le malade n'en fut aucunement ſoulagé.

Je crois donc qu'elle n'eſt utile que dans cette ſorte d'Eſquinancie où le goſier eſt extrêmement groſſi par une tumeur de la glande Thyroïde. & des parties voiſines. Cette tumeur eſt nommée *Bronchocele.* Elle peut retrécir la Trachée artére, en la preſſant par ſon poids, & gêner ainſi le cours de l'air qui doit entrer librement dans les poumons & en ſortir de même. Si pourtant on juge que l'opération convienne dans le cas que je viens d'excepter, elle eſt ſi facile, & ſi exempte de tout danger, quel qu'il ſoit, malgré les précautions effrayantes que demandent les Auteurs, que je ne la déconſeille pas abſolument, juſqu'à ce que j'aye de nouvelles preuves de ſon inutilité.

La maniere de la faire eſt celle

qui suit. On coupe la peau par une incision longitudinale de la longueur de neuf lignes, entre le troisiéme & le quatriéme des anneaux de la Trachée artére, lorsqu'on est maître de choisir l'endroit. Si on ne peut aller si haut, la regle est de faire l'incision un peu au-dessous de la tumeur. On conseille toujours de pincer la peau pour cela. C'est une précaution qu'on peut laisser à la discretion du Chirurgien. La peau étant coupée, on fait une petite incision transversale qui pénétre dans la Trachée artére, & aussi-tôt on y introduit une canule courbe, qui a près d'un demi pouce de long, & qui est d'argent ou de plomb, avec deux petits anneaux à son bord, dans lesquels on passe un ruban que l'on noue autour du cou, afin d'assujettir la canule dans la plaie.

Quelques Auteurs ordonnent de faire tout à la fois l'incision de la peau & de la Trachée artére, avec une lancette ou un bistouri, comme étant une méthode plus facile & plus courte. Je l'ai vû faire une fois de cette

maniere ; mais on se trouva très-embarrassé : car le mouvement de la Trachée artére dans la respiration écarta l'ouverture de la peau de celle du canal, & fut cause qu'on eut bien de la peine à introduire la Canule, & ensuite à la maintenir en situation. C'est pourquoi il me paroît absolument nécessaire de couper d'abord la peau longitudinalement, & même de faire cette incision assez grande, comme j'ai dit ci-dessus.

On recommande de séparer les muscles *Sternohyoïdiens* & *Sternothyroïdiens*, avant que de percer la Trachée artére ; mais c'est une précaution entiérement inutile. Quant à la crainte que l'on a dans cette opération de couper le nerf recurrent, ou quelques gros vaisseaux, c'est une crainte qui n'a pas le moindre fondement ; puisque ce nerf & ces vaisseaux sont tout-à-fait hors de la portée de l'instrument, comme sçavent tous ceux qui entendent la structure de la partie.

Le pansement n'est pas difficile : car en retirant la Canule, lorsque le

malade peut reſpirer par l'endroit naturel, l'inciſion devient une plaie ſimple, qui quoiqu'elle pénétre entre des cartilages dans une cavité conſidérable, n'a beſoin que d'être panſée ſuperficiellement.



CHAPITRE XXXII.

De l'Extirpation des Amygdales.

LES Amygdales deviennent quelquefois skirrheuſes & d'une telle groſſeur, qu'elles menacent de ſuffoquer le malade, & qu'il ne reſte d'autre reméde que de les extirper. Cette opération ſe faiſoit autrefois, en les emportant avec un inſtrument tranchant; mais comme il ſurvenoit preſque toujours une grande hémorrhagie, & quelquefois une hémorrhagie mortelle, on a abandonné cette maniere, pour ſe ſervir de la ligature, qui eſt exempte de danger, & qui outre cela manque rarement de guérir la maladie.

Si la baſe de la glande eſt plus mince que ſa partie ſupérieure, on peut y faire une ligature, en attachant le cordon au bout d'une ſonde courbée en forme d'arc; & ayant porté cette ſonde au-delà & autour de

au-dessous. Ces nœuds doivent toujours être doubles, & il faut ensuite couper la ligature assez près des nœuds. Si au bout de quatre ou cinq jours il leur arrive de s'échapper, ou s'ils n'ont fait tomber en gangrêne qu'une partie de l'Amygdale, on réïterera toute l'opération. J'y ai cependant toujours réussi dès la premiere fois.

Cette façon d'extirper une tumeur est plus aisée à pratiquer dans les hémorrhoïdes grosses & coulantes, qu'on estime incurables; & si on en connoissoit mieux l'avantage, on s'en serviroit plus souvent. J'ai guéri par cette méthode différentes personnes qui depuis plusieurs années rendoient du sang chaque fois qu'elles alloient à la selle, & quelques-unes, qui à force d'en perdre étoient tombées dans le dernier épuisement.

Lorsque les hémorroïdes sont en-dedans de l'intestin, il faut placer le malade sur une chaise percée, avec une fomentation au-dessous, & avoir toute prête une aiguille courbe enfi-

lée d'une double ligature, qu'on passe à travers les hémorrhoïdes dans le tems qu'elles ſont pouſſées hors du fondement par les efforts du malade ; car quelquefois l'inteſtin rentre tout-à-coup : enſuite on fait un nœud au-deſſus de la tumeur, & un autre au-deſſous, comme pour les Amygdales.

La figure des hémorrhoïdes eſt quelquefois telle, qu'on peut les lier tout autour avec une ſimple ligature, ſans avoir beſoin d'aiguille ; ce qui eſt moins douloureux. S'il y en a pluſieurs, il ne faut en lier qu'une ou deux à la fois ; parce que la douleur que cauſe la ligature eſt extrême, & qu'elle deviendroit inſupportable, ſi on en lioit pluſieurs en même-tems.

On peut néanmoins recommencer l'opération tous les cinq ou ſix jours, juſqu'à ce qu'il ne reſte plus aucune hémorrhoïde ; & on doit tenir les parties ſouples, en y appliquant quelques onguens émolliens.

J'ai vû entreprendre de guérir les hémorrhoïdes en les coupant. Mais l'hémorrhagie penſa faire périr le malade.

La Luette se relâche quelquefois tellement, qu'elle étouffe presque le malade. Le plus court reméde est de la couper entiérement, à l'exception de quelques lignes; ce qu'on peut exécuter d'un coup de ciseau, après l'avoir saisie avec une Pincette, de peur qu'elle ne s'échappe. J'ai une fois coupé une Luette qui avoit environ deux pouces de long, & qui posoit sur la langue, où elle étoit repliée. Le malade fut aussi-tôt guéri, & ne ressentit plus depuis aucune incommodité.

PLANCHE XII.

EXPLICATION.

A. Sonde courbe avec une ligature, qui est de la même sorte de fil que celle dont on se sert pour lier les vaisseaux sanguins.

B. Instrument de fer pour lier les Amygdales.

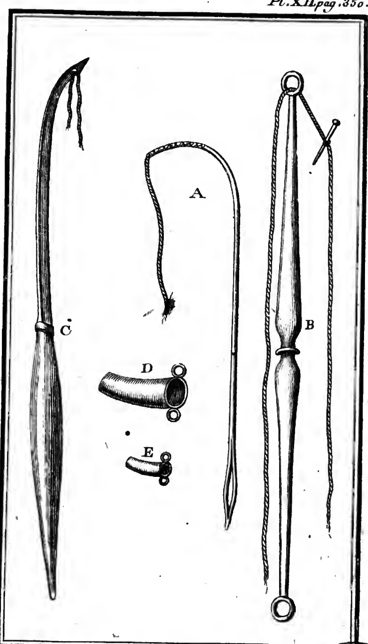
On voit ici un nœud sur une épingle. Il faut supposer que cette épingle

est à la place d'une des Amygdales ; & on peut aisément s'imaginer qu'elle a été liée en poussant le cordon au-delà, tandis qu'on le tenoit ferme avec une main contre l'instrument, & qu'avec l'autre on le tiroit hors de la bouche. Cet instrument est encore fort utile pour extirper par la ligature une sorte de Skirrhe, qui vient quelquefois au col de la Matrice.

C. Aiguille avec un trou vers la pointe, pour passer une ligature à travers l'Amygdale, lorsque la base est plus grosse que l'extrémité.

D. Canule d'argent ou de plomb, pour l'Empyeme.

E. Canule pour la Bronchotomie. On maintient les Canules en situation en passant dans les anneaux de petits rubans, qu'on noue autour du corps ou du cou : ou bien on les assujettit avec une ligature que l'on passe dans un trou fait à un morceau d'emplâtre agglutinatif, & qu'on arrête sur ce trou, mettant un morceau d'emplâtre de chaque côté de la Canule.


A
B
C
D
E

CHAPITRE XXXIII.

Du Polype.

LE Polype du nez eſt une excroiſſance charnue qui s'étend parmi les lames de l'os *Ethmoïde*, & dans toute la cavité d'une ou des deux narines. Il n'attaque pas fort ſouvent les deux narines en même-tems; mais quand cela arrive, il eſt très-incommode; car il ſuffoque preſque le malade, du moins il gêne extrêmement la reſpiration. Le but de l'opération eſt d'ôter cet obſtacle. Mais comme elle réuſſit différemment, ſuivant la différente nature des Polypes, je vais tâcher de diſtinguer leurs eſpeces, afin qu'on puiſſe juger du plus ou moins de ſuccès qu'on peut eſperer.

Tous les Polypes naiſſent de la membrane qui tapiſſe les *Lames Spongieuſes*, à peu près de la même façon que les Hydatides du ventre dans une des eſpeces d'Hydropiſie, naiſ-

ſent de la ſurface du foye, ou que les Ganglions naiſſent des tendons; & leurs tuniques ne ſont autre choſe qu'une production des fibres & des vaiſſeaux de cette membrane.

S'ils ſont mollaſſes, & de couleur de la ſéroſité du ſang, il y a toute apparence qu'ils ſont formés d'une ſorte d'humeur aqueuſe, qui reſſemble à cette ſéroſité, & qui eſt renfermée dans des Kiſts; auſſi laiſſe-t-elle ſi peu de priſe à l'inſtrument, dès qu'on a déchiré la tunique, qu'on ne ſçauroit enſuite arracher qu'une petite partie de la tumeur. Il faut laiſſer durcir cette ſorte de Polipe, avant que d'entreprendre l'opération, & il ſe durcit ordinairement à la longue.

Un ſecond degré de conſiſtence eſt lorſque les Polypes retiennent à peu près la même couleur que les précédens, & qu'ils ſont moitié aqueux & moitié d'un tiſſu viſqueux, ce qui arrive ſouvent. Alors quoiqu'ils ne ſoient pas aſſez fermes pour être arrachés juſqu'aux racines, on peut à diverſes

diverſes repriſes les emporter par morceaux.

Un troiſiéme degré de conſiſtence eſt lorſque les Polypes ne ſont ni aſſez mollaſſes, pour qu'ils viennent par piéces, ni aſſez durs & caſſans, pour ſe briſer en morceaux, ou pour être ſi fort adhérens à la membrane des Lames ſpongieuſes, qu'on ne puiſſe les en ſéparer. Cette eſpece eſt certainement la plus facile à guérir.

Le dernier degré de conſiſtence eſt quand le Polype eſt dur & skirrheux, avec une ſi forte adhérence, qu'en l'arrachant il ſe déchire, plutôt que de ſe ſéparer; quelquefois même il tend à dégenerer en Cancer. La guériſon de cette derniere eſpece eſt très-difficile.

Le Polype augmente quelquefois juſqu'à s'étendre au-delà de l'os du Palais, & à pendre au-deſſus de l'Oeſophage & de la Trachée artére. Il ſe porte même dans le Sinus Maxillaire, & remplit ſi exactement toutes les cavités du nez, qu'il bouche l'orifice

inférieur du conduit nazal, & fait que les larmes ne pouvant defcendre dans le nez, refluent néceffairement par les points lacrymaux.

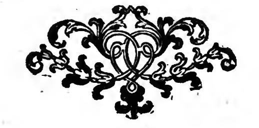
Lorfqu'on apperçoit le Polype dans le gofier, il eft toujours à propos de l'arracher par la bouche; l'expérience ayant montré qu'il fe détache plus aifément, quand on le tire par la bouche, que par le nez. C'eft pourquoi il fera bon que le malade fe tienne couché fur le dos deux ou trois heures de fuite avant l'opération. Cette fituation fera defcendre plus bas le Polype, d'autant qu'il n'eft pas adhérent dans toute fon étendue; & fa péfanteur étendra les fibres qui l'attachent au nez. Il y a même des exemples où un petit effort, comme celui qu'on fait pour cracher, l'a entiérement détaché.

On fe fert pour l'extraction du Polype, d'une forte de Pincettes qui ont une fenêtre à leur bec, afin qu'elles tiennent mieux la tumeur. On les introduit dans la narine environ la longueur d'un pouce & demi, afin qu'elles

ſaiſiſſent mieux le Polype vers ſes racines. Enſuite on les tourne un peu de côté & d'autre, & on continue ces demi-tours, en tirant petit à petit le corps du Polype. S'il ſe rompt, on recommencera l'opération autant de fois qu'il reſtera quelque choſe, à moins qu'il ne ſurvienne une violente hémorrhagie, comme cela arrive quelquefois, & comme il arrive preſque toujours, quand l'excroiſſance eſt skirrheuſe. Cependant le Chirurgien ne doit pas s'allarmer, lorſqu'au moment de l'extraction il voit couler beaucoup de ſang: car les vaiſſeaux ſe referment bien-tôt après; & s'ils ne le ſont pas, la charpie ſéche, ou trempée dans un Styptique, arrêtera promptement l'hémorragie.

Le Polype étant extirpé, ç'a été la coutume, pour prévenir la rechûte, de panſer avec des poudres eſcarotiques, & même d'employer le cautére actuel. Mais ni l'un ni l'autre ne ſçauroit être d'un grand ſecours en pareil cas, & tous deux ſont douloureux & pleins de danger. Si les remédes cor-

rosifs conviennent quelquefois, c'est pour détruire les restes d'un Polype, qu'on ne sçauroit emporter entiérement; & alors il est mieux, selon moi, de porter les escarotiques sur la partie au moyen d'une longue tente, qu'en passant un Seton par le nez & la bouche. Car ceci ne peut s'exécuter sans faire de la peine au malade, outre que c'est un fort vilain reméde. C'est néanmoins la méthode que suivent aujourd'hui & que recommandent quelques Chirurgiens célébres.



CHAPITRE XXXIV.

Du Bec de Lievre.

CETTE maladie eſt une fente de lévre ſupérieure, avec un manque de ſubſtance. C'eſt un vice de conformation qu'on apporte toujours en naiſſant : tel eſt du moins le Bec de Lievre, qui demande l'opération que je vais décrire. La réunion doit ſe faire par le moyen de la ſuture Entortillée, que je me ſuis reſervé d'expliquer dans ce Chapitre. Souvent la ſolution de continuité dans la lévre eſt ſi conſidérable, qu'on ne peut rapprocher les bords de la fente l'un contre l'autre, ou que tout au plus on lès peut faire toucher ſimplement. Ce cas ne demande pas qu'on s'abſtienne de l'opération. On défend de la faire aux petits enfans qui tetent, & on a raiſon ; mais dès qu'ils ne tetent plus, on peut l'entreprendre ſans riſque, & même avec plus d'apparence d'un heu-

reux ſuccès, que dans les enfans plus avancés en âge.

Il n'eſt pas rare que le palais de la bouche ſoit auſſi fendu. Mais cela ne doit pas empêcher l'opération, ſi la peau de la lévre eſt aſſez lâche pour permettre la réunion.

Voici la maniere dont on opére. On ſépare d'abord la lévre d'avec la machoire ſupérieure, en coupant avec un biſtouri le petit frein qui attache la lévre à la gencive. Enſuite on emporte avec des ciſeaux droits & minces toute la longueur des bords calleux de la fente, ayant ſoin de les couper droit, parce que ſans cette précaution ils ne pourroient jamais s'ajuſter exactement enſemble.

Par exemple, ſi le Bec de Lievre a cette figure, l'inciſion des bords doit ſe faire par deux lignes droites qui aillent ſe rencontrer de la maniere qui eſt ici repréſentée. Les deux lévres de la plaie étant rapprochées exactement l'une contre l'autre, on paſſe à travers le

milieu de leur épaisseur deux épingles, l'une assez près de la partie inférieure, & l'autre à la même distance de la partie supérieure de l'incision; & on maintient ces épingles dans cette situation, en tortillant sept ou huit fois un fil ciré autour d'elles, par des ziczacs croisés. On coupe ensuite les pointes, & on met sous les épingles une petite compresse, afin d'empêcher qu'elles ne blessent les lévres. Quand on ne peut rapprocher exactement que la partie inférieure du Bec de Lievre, il suffit d'employer une seule épingle.

Celles dont je me sers sont d'argent dans les trois quarts de leur longueur, & la quatriéme partie vers la pointe est d'acier. Les épingles d'argent sont moins nuisibles à la plaie que celles de cuivre ou d'acier; mais il leur faut absolument une pointe d'acier pour entrer plus aisément; & alors elles pénétrent avec une si grande facilité, qu'il n'est besoin d'aucun instrument pour aider à les pousser. L'usage de presser les joues en-devant fait peu de bien à la plaie, ou même

n'en fait point du tout ; au contraire il eſt fort incommode au malade ; c'eſt pourquoi je ne le conſeille point.

Le panſement eſt entiérement ſuperficiel, & il ne faut ôter l'appareil qu'auſſi ſouvent qu'il eſt néceſſaire pour la propreté. Je conſeille de ne point l'ôter les trois premiers jours, & de panſer enſuite chaque jour, ou de deux en deux jours. Il ne me ſemble point du tout néceſſaire de mettre quelque choſe entre la lévre & la gencive, à l'endroit où l'on a coupé le frein, parce qu'il n'y a pas à craindre que les deux parties ſe collent enſemble. La réunion de la plaie ſe fait d'ordinaire dans environ dix ou onze jours. Alors on coupe doucement les fils, on retire les épingles, & on applique ſur les petits trous un morceau d'emplatre, & de la charpie féche.

La ſuture entortillée eſt excellente dans les Fiſtules de l'Uréthre, qui reſtent après l'opération de la Pierre. Dans ce cas on peut couper les bords calleux, & tenir unies, au moyen de cette ſuture, les lévres de la plaie.

CHAPITRE

CHAPITRE XXXV.

Du Cou de travers ou *Torticolis.*

IL est très-rare qu'on fasse une incision pour guérir le Cou de travers, & cette opération ne doit jamais se pratiquer, si ce n'est quand la maladie vient de la contraction du muscle Mastoïdien seul. Comme tout ce qu'on peut faire, c'est de couper ce muscle, il ne serviroit de rien de le dégager par-là, si les autres muscles du cou étoient dans le même état de contraction, & sur-tout si le mal étoit ancien, & qu'il fût venu dès l'enfance; parce qu'alors l'accroissement des Vertébres s'étant fait nécessairement de travers, il seroit impossible de mettre la tête dans une situation droite.

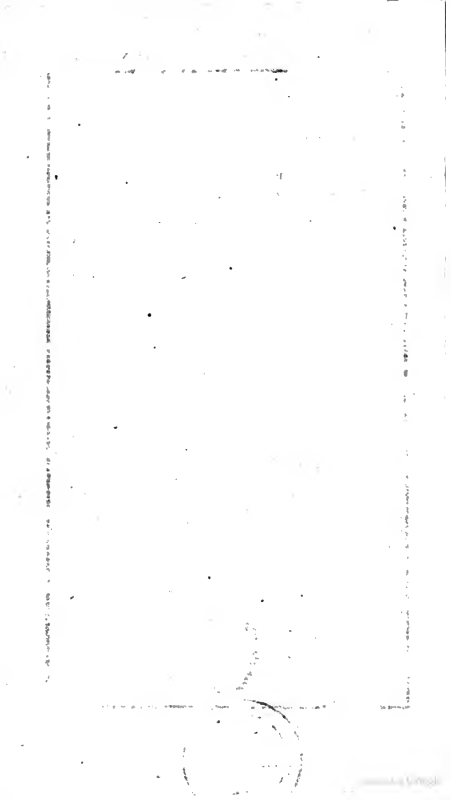
Lorsque l'opération est praticable, voici comment on s'y prend. Ayant placé le malade sur une table, on coupe la peau & la graisse par une incision transversale, un peu plus large

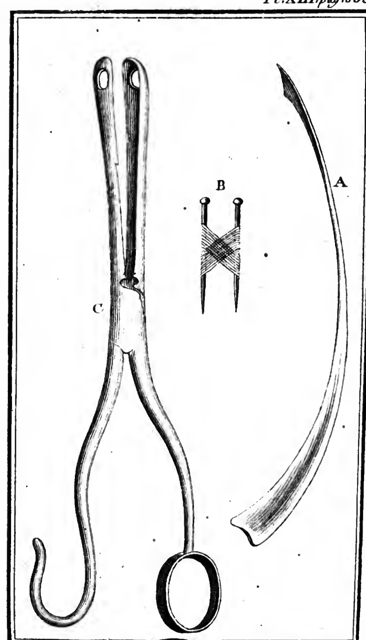
que le muſcle, & qui ait environ le tiers de ſa longueur depuis la Clavicule. Enſuite paſſant avec circonſpection un Biſtouri à bouton par-deſſous le muſcle, on tire dehors cet inſtrument, & en même-tems on coupe le muſcle. Les gros vaiſſeaux du cou ſont au-deſſous. Mais quand on eſt attentif à leur ſituation, on n'eſt pas en danger de les bleſſer. L'inciſion étant faite, il faut tamponner la plaie avec de la charpie ſéche, & panſer toujours de la même maniere, afin d'empêcher les deux extrémités du muſcle de ſe réunir. Pour cela il faut les tenir ſéparées l'une de l'autre, autant qu'il eſt poſſible, avec le ſecours d'un bandage propre à ſoutenir la tête; ce que l'on continuera durant tout le traitement, qui eſt pour l'ordinaire d'environ un mois.

PLANCHE XIII.

EXPLICATION.

A. Inſtrument appellé *Biſtouri à*

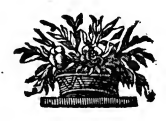



B
A
C

bouton, qui sert à couper le muscle *Mastoïdien* dans le Cou de travers. Il n'est coupant qu'environ du milieu de sa longueur, & c'est du côté que la lame est large.

B. Deux Epingles avec la Suture Entortillée, qui servent dans le Bec de Lievre.

C. Pincettes à Polype. L'un des anneaux est ouvert pour recevoir le pouce; car le pouce se blesseroit en tirant fortement les Pincettes, s'il étoit reçû dans un anneau semblable à celui de l'autre branche. C'est pour cela que j'ai représenté les Tenettes à tirer la Pierre, avec des anneaux ouverts.



CHAPITRE XXXVI.

De l'Aneurisme.

ON entend par ce terme une tumeur causée par la dilatation excessive d'une artére, en conséquence d'une foiblesse contre nature de quelque endroit de ses tuniques; ou bien une tumeur faite par l'épanchement d'un sang artériel dans les cavités voisines, en conséquence d'une ouverture de l'artére. La premiere sorte d'Aneurisme peut attaquer toutes les parties du corps. Mais elle n'arrive pas souvent, si ce n'est à la courbure de l'Aorte, qui est sujette à cette maladie, à cause de l'impulsion extraordinaire du sang sur cet endroit. De la courbure de l'Aorte la tumeur s'étend en haut le long des Carotides ou des Souclavieres, & augmente ordinairement, jusqu'à ce qu'à force d'être distendue, elle creve, & cause la mort au malade.

Les Auteurs ont beaucoup diſputé ſur la nature de cette dilatation de l'artére. Les uns ont nié le fait, & ont prétendu que c'étoit toujours une rupture : les autres ont crû que toutes les tuniques de l'artére étoient diſtendues : d'autres que c'étoit ſeulement la tunique extérieure ; & quelques autres encore, dont le ſentiment a été le plus ſuivi, que la tunique interne étoit rompue, & l'externe dilatée. Ces derniers ont appuyé leur opinion par des raiſons tirées de l'anatomie de la tunique interne, qui eſt ligamenteuſe, & incapable d'une grande diſtenſion ; tellement que ſi on gonfle une artére avec une force ſuffiſante, l'air crevera la tunique interne, & dilatera l'externe, c'eſt-à-dire, qu'il produira un Aneuriſme artificiel, de la même maniere qu'on ſuppoſe que le ſang en produit un naturel.

Mais cette raiſon paroîtra bien foible, ſi l'on conſidere que dans le corps d'un animal il y a beaucoup de parties qui ne peuvent s'étendre conſidérablement, quelque violence qu'on em-

ploie; au lieu que ſi les liquides y abordent peu à peu, elles ſont capables d'une dilatation énorme, comme il arrive à la matrice, & comme les Obſervations montrent clairement qu'il arrive à toutes les tuniques de l'artére. C'eſt ce que j'ai eu occaſion d'examiner en différens Aneuriſmes, dont le Docteur *Douglas* a fait une Collection, qu'il a eu la bonté de me communiquer pour cet effet.

On trouve dans les Auteurs pluſieurs hiſtoires d'Aneuriſmes de la courbure de l'Aorte. Dans quelques-uns ce vaiſſeau étoit ſi prodigieuſement dilaté, qu'il occupoit une grande partie de la cavité ſupérieure du *Thorax.* Ce qu'on peut remarquer de plus ſingulier dans de ſemblables Aneuriſmes, c'eſt que l'endroit où le vaiſſeau eſt le plus foible, & où la maladie commence, cede ordinairement de telle maniere à la force du ſang qui le pouſſe ſans ceſſe en dehors, qu'il forme une groſſe poche ou ſac, avec des tuniques preſque auſſi épaiſſes que celles de l'artére même. Néan-

moins les tuniques de ces ſacs ne conſervent qu'un certain tems leur épaiſſeur. Car lorſque les vaiſſeaux des tuniques ne peuvent plus s'étendre, la circulation devient languiſſante, le ſac devient plus mince à ſa pointe, & creve bien-tôt après.

Par cette deſcription du ſac on voit qu'il reſſemble à la Veſſie, puiſqu'il a une grande cavité, & un col ou orifice étroit.

Les ſymptomes de cet Aneuriſme ſont un battement violent contre le *Sternum* & les côtes à chaque contraction du cœur; & lorſque le mal s'étend au-deſſus du *Sternum*, une tumeur avec pulſation. En ouvrant les cadavres on trouve quelquefois les côtes, le *Sternum* & la clavicule cariés; ce qui vient de l'obſtruction des vaiſſeaux du Périoſte, qui ſont preſſés par la tumeur. Je n'entreprendrai pas de déterminer quelles ſont les cauſes d'une foibleſſe particuliere dans une des tuniques de l'artére. Mais il eſt remarquable que l'Aorte dilatée eſt ordinairement oſſifiée dans tout le

voisinage du sac; & même l'artére paroît si constamment ossifiée ou durcie dans le commencement des Aneurismes, qu'il n'est pas facile de juger, s'ils sont la cause ou l'effet de cet accident.

Je n'ai parlé jusqu'ici que de l'Aneurisme de la poitrine, qui est causé par un vice interne. Les Aneurismes des extrémités sont le plus souvent occasionnés par des plaies. Cependant quand ils viennent d'eux-mêmes, ils différent très-peu de ceux de la poitrine que j'ai décrits. Leurs autres symptomes, outre le battement, sont que la peau conserve sa couleur sans aucun changement; que la tumeur rentre, lorsqu'on la presse avec les doigts, & qu'elle revient aussi-tôt, lorsqu'on ôte les doigts. Mais si l'Aneurisme est sur le point de crever, la peau s'enflame, & le sang coagulé qui est dans le sac, rend quelquefois le battement beaucoup moins sensible.

On peut quelquefois porter bien des années cette sorte d'Aneurisme, si on l'empêche de se dilater par le

moyen d'un bandage convenable : autrement il eſt dangereux qu'il ne creve, & s'il eſt conſidérable, qu'il ne carie les os voiſins. Il y a toute apparence que l'ouverture de la tunique externe d'une artére cauſe preſque les mêmes ſymptomes, que lorſque toutes les tuniques ſont affoiblies par un vice interne. C'eſt ce qui arrive fort vraiſemblablement après la ſaignée du bras, quand on ne s'eſt pas auſſi-tôt apperçû de l'ouverture de l'artére, & que la tumeur a commencé à ſe former quelques jours après la piquure.

Voici néanmoins ce qui ſe paſſe pour l'ordinaire dans l'Aneùriſme qui ſurvient à la ſaignée. D'abord il ſort du ſang artériel par l'ouverture de la peau ; & quand on l'a arrêté par quelque application extérieure, il s'inſinue entre les muſcles, & ſe répand dans le bras, tant qu'il ne trouve point d'obſtacle. Alors il produit une *Ecchymoſe* qui rend le bras livide. Le ſang ſe coagule en conſiſtence de chair, & empêche qu'il n'y ait de battement ſenſible.

Lorſque le ſac s'éleve près de l'ouverture de l'artére, il eſt formé le plus ſouvent par l'aponevroſe qui couvre le vaiſſeau, & qui s'épaiſſit & ſe dilate exceſſivement à cauſe du ſang épanché par-deſſous. Il faut, à mon avis, que ce ſoit cette membrane qui forme le ſac; autrement on ne pourroit pas en ouvrant la tumeur dans l'opération, découvrir ſi aiſément la piquure. Si le ſac étoit formé par les tuniques de l'artére, on ne pourroit pas le bien ſéparer du vaiſſeau, d'autant que celui-ci ſe trouveroit toujours dilaté au-deſſus & au-deſſous du ſac, comme on voit dans les autres Aneuriſmes; au lieu que cela eſt rare dans celui dont nous parlons.

Le bandage guérit quelquefois de petits Aneuriſmes, & des piquures de l'artére arrivées en ſaignant. Mais l'opération eſt preſque toujours néceſſaire à la fin. Elle ſe fait à peu près de la même maniere dans toutes les parties du corps. Or ſuppoſé que l'Aneuriſme ſoit au pli du bras, voici comment il faut s'y prendre.

Ayant appliqué le Tourniquet près de l'épaule, & mis le bras dans une situation convenable, on fait au côté interne du muſcle *Biceps* une inciſion longitudinale, qui s'étende conſidérablement au-deſſus & au-deſſous du coude. Cette inciſion étant dans la même direction que l'artére, on appercevra celle-ci, dès qu'on aura ôté le ſang caillé, qu'il faut avoir ſoin d'ôter entiérement avec les doigts, la plaie étant ſuffiſamment dilatée pour cela.

Si on ne découvre pas d'abord l'ouverture de l'artére, on lâchera le Tourniquet, & le ſang qui jaillira, la fera bien-tôt connoître. On paſſe enſuite avec précaution ſous l'artére une aiguille courbe enfilée d'une ligature, & on lie le vaiſſeau immédiatement au-deſſus de l'ouverture. On paſſe une ſeconde fois l'aiguille, & on fait une autre ligature au-deſſous de l'ouverture, afin d'empêcher le retour du ſang. On laiſſe la partie de l'artére qui eſt entre les ligatures, ſe conſumer d'elle-même, ſans la couper.

Pour ne pas blesser ou lier le nerf en faisant la ligature de l'artére, on peut séparer auparavant l'artére du nerf, & la tenir élevée avec une Errhine. Mais je crois que si on prend bien garde à la situation du nerf, on ne court pas risque de l'offenser.

Après l'opération il faut situer le bras commodement, le plaçant sur un oreiller, & faisant garder le lit au malade. On traitera la plaie suivant la méthode ordinaire, & on tiendra le bras dans cette situation quinze jours ou trois semaines, sur-tout s'il s'enfle considérablement, & si la suppuration ne va pas comme il faut.

Quand on fait cette opération, il est à propos d'avoir tout prêts les instrumens qui servent à l'amputation; parce qu'il pourroit arriver qu'on fût dans l'impossibilité de lier l'artére; & même après l'avoir lié, on doit veiller soigneusement sur l'état du bras, afin de le couper en cas de gangrêne. L'expérience montre que l'opération est très-rarement suivie de cet accident. Il devroit néanmoins, suivant

toutes les apparences, arriver toujours. Car ces Aneurismes étant toujours une suite de la saignée à la veine Basilique, il faut nécessairement qu'ils soient des Aneurismes de l'artére Brachiale, un pouce au moins au-dessus de sa division. Cette artére étant bouchée par la ligature, sembleroit devoir tomber en gangrêne. Cependant nous voyons le contraire. Il est vrai que durant un certain tems après l'opération on ne sçauroit presque distinguer le moindre pouls, & qu'il demeure toujours foible ensuite.

Si l'artére Brachiale se divise au-dessus du coude, comme cela n'est pas rare, il y a plus d'espérance de guérison, & le pouls sera plus fort après l'opération.



CHAPITRE XXXVII.

De l'Amputation.

UNE Gangrêne qui s'étend a toujours été regardée comme la principale raiſon qui oblige à couper les membres. C'eſt pourquoi tous les Auteurs ont coutume de traiter de la Gangrêne, avant que de décrire l'opération. Ils conviennent tous, ce me ſemble, que de quelque eſpece que ſoit la gangrêne, ſi les remédes qu'on emploie n'en arrêtent pas le progrès, il faut en venir à l'amputation. Les mêmes Auteurs néanmoins diſent que cette opération a ſouvent un malheureux ſuccès ; & c'eſt une vérité qui à la ſuite du tems s'eſt confirmée d'une maniere inconteſtable par un grand nombre d'expériences. De-là vient que quelques-uns des plus fameux Chirurgiens d'Angleterre rejettent l'amputation dans cette même maladie, qui peu d'années auparavant

étoit le grand motif qui engageoit à la faire ; & la maxime présente est de ne jamais extirper un membre, que la mortification ne soit absolument arrêtée, & même que la séparation de la partie morte ne soit avancée.

La Gangrêne arrive de deux façons, ou par un vice interne, ou par quelque accident extérieur dans un état de santé. Comme la vie d'une partie dépend de la circulation de ses fluides, tout ce qui arrêtera la circulation, produira infailliblement la Gangrêne. Ainsi une simple compresse qui empêche le cours du sang, cause aussi efficacement la Gangrêne, que feroit un vice des liquides ou des vaisseaux.

Il arrive souvent dans la vieillesse que les artéres des extrémités inférieures s'ossifient ; ce qui détruisant leur élasticité, doit en conséquence produire la gangrêne, d'abord aux orteils, ensuite au corps de la partie presque aussi haut que l'endroit où l'ossification se termine. Ainsi dans la gangrêne qui vient de cette cause,

on voit tout d'un coup pourquoi l'Amputation qui se fait dans le tems que le mal augmente, est de si peu d'utilité, à moins qu'on ne la fasse au-dessus de l'ossification. Mais comme on ne sçauroit juger où l'ossification se termine, qu'en conjecturant que c'est à l'endroit où la gangrêne s'est arrêtée, on voit par-là surquoi notre pratique moderne est fondée en pareil cas.

Si par quelque accident un membre a été tellement maltraité, qu'il ait commencé à se gangréner, l'opération n'y convient pas davantage jusqu'à ce que la gangrêne soit arrêtée, que dans le cas précédent. La raison est que tous les endroits qui sont gangrénés, y étoient disposés avant que d'en être réellement attaqués. Or couper un membre demi-pouce au-dessus de l'endroit où la peau est absolument sans vie, c'est ordinairement laisser une partie avec des semences de gangrêne. Ainsi à moins que d'être sûr que les vaisseaux ne sont point affectés dans l'endroit de l'Amputation, ce qu'on ne peut

guere

guere sçavoir autrement que par conjecture, l'opération sera inutile.

Les fluides sont quelquefois tellement viciés qu'ils perdent leurs qualités nutritives. Alors une extrémité se gangréne, non par aucune altération dans ses vaisseaux, mais principalement à cause de sa situation. Car étant fort éloignée du cœur, elle se trouve plus susceptible des mauvais effets d'un sang gâté, qu'aucune autre partie; d'autant que la circulation est naturellement plus foible aux extrémités.

Quand donc une gangrêne qui vient de cette cause, va en s'étendant, il ne servira de rien pour l'ordinaire de couper le membre plus haut; puisqu'on ne fera autre chose que détruire des effets qu'ont produit les fluides viciés, tandis qu'on laissera ces fluides dans le même état de corruption, & également capables de gangréner les autres parties. Aussi voyons-nous qu'après des Amputations faites en pareil cas, la gangrêne se jette quelquefois sur les viscéres,

ou ſur les autres extrémités. Cette obſervation donne lieu de conclure, ce me ſemble, qu'il n'eſt pas sûr de faire l'Amputation, jusqu'à ce que l'état des fluides ſoit changé ; & ce changement ſe manifeſtera auſſi-tôt en ce que la gangrêne s'arrêtera.

J'ai établi pour regle, que la gangrêne devoit non-ſeulement être arrêtée, mais encore avancée dans ſa ſéparation. En voici la raiſon. Quoique la nature du ſang ſoit aſſez corrigée pour que la gangrêne s'arrête, néanmoins il eſt encore alors dans un mauvais état ; & il faut lui donner le tems de ſe dépurer, en tenant le malade dans un parfait repos, & lui donnant des cordiaux, jusqu'à ce qu'on voye pouſſer de bonnes chairs ſur la partie vivante de l'extrémité gangrenée ; ce qui montrera que le ſang a repris ſa qualité balſamique. Durant ce tems-là on peut envelopper le membre de linges trempés dans une liqueur ſpiritueuſe ou aromatique, afin d'empêcher la puanteur de la gangrêne.

J'ai vû couper des membres auſſi-

tôt après que la gangrêne avoit cessé, & les malades périr ensuite par de fréquentes hémorrhagies qui ne venoient pas des gros vaisseaux, mais de tout le moignon. La cause de telles hémorrhagies étoit, à mon avis, la trop grande aquosité du sang, qui à peine teignoit en rouge les linges & les bandages. D'un autre côté j'ai fait moi-même des Amputations un tems considérable après que la gangrêne avoit cessé, & le succès a été aussi heureux que dans aucun autre cas.

Dans les plaies d'armes à feu, les fractures compliquées, & tous les accidens subits qui demandent l'Amputation, elle réussit le mieux si on la fait sur le champ. Les maladies des articulations, les ulcéres anciens, & toutes les tumeurs écrouelleuses reviennent quelquefois en d'autres endroits après l'opération. Quand il s'agit de couper la jambe, voici la maniere de s'en acquitter.

On place le malade sur une table de trois pieds quatre pouces de haut ; ce qui vaut beaucoup mieux qu'une

chaise basse, parce que le malade sera plus ferme, & que l'Opérateur n'ayant pas besoin de se baisser, comme lorsqu'on se sert d'une chaise basse, évitera une posture également pénible & incommode. Tandis qu'un des Aides-Chirurgiens tient la jambe, on roule trois ou quatre fois à l'entour, environ à quatre ou cinq pouces au-dessous de l'extrémité inférieure de la Rotule, une bande de fin linge d'un demi pouce de largeur. Cette bande étant arrêtée avec une épingle, servira à marquer la route du couteau, qu'on ne pourroit peut-être sans cela conduire aussi adroitement.

La méthode a toujours été de rouler cette bande dans une direction perpendiculaire à la longueur de la jambe. Mais quoiqu'on ait d'abord coupé le membre uniment, néanmoins les muscles Jumeaux & le Soléaire venant à se contracter ensuite tirent en-haut la partie postérieure du moignon, avec plus de force que les autres muscles ne font le reste. Ayant remarqué cela & voulant rendre la ci-

catrice bien égale, je me suis avisé depuis peu de laisser de quoi suppléer à cette contraction excessive; & pour cela j'ai fait l'incision circulaire de telle maniere, que la partie de la plaie qui est sur le gras de jambe, se trouvât un peu plus éloignée du jarret, que celle qui est sur le *Tibia*, ne l'est du milieu de la Rotule.

Pendant qu'on fait la ligature autour de la jambe, un des Aides-Chirurgiens en mettra une forte autour de la cuisse, environ trois ou quatre pouces au-dessus de la Rotule; & l'ayant passée par deux trous qu'on aura fait dans un morceau de cuir de figure quarrée, il la serrera avec un Tourniquet jusqu'à ce que l'artére soit suffisamment comprimée, afin de prévenir une hémorrhagie considérable; & pour mieux serrer, il pourra mettre une compresse de filasse ou de linge sous la ligature, à l'endroit de l'artére.

Le cours du sang étant arrêté, l'Opérateur commencera l'incision immédiatement au-dessous de la bande

de linge. Il coupera d'abord la partie postérieure de la jambe, & conduisant le couteau de son côté, il pourra faire tout d'un trait plus de la moitié de l'incision circulaire. Ensuite portant le couteau sur la partie antérieure de la jambe, il continuera de couper jusqu'à l'endroit où il avoit commencé; de telle maniere que les deux incisions venant à se rencontrer n'en forment qu'une seule, laquelle doit aller jusqu'aux muscles, par de-là le corps graisseux. Alors on ôtera la bande de linge, & un Aide-Chirurgien tirant la peau vers le genou aussi haut qu'il sera possible, l'Opérateur coupera les chairs tout contre les bords de la peau qui est tirée vers le genou; & il les coupera jusqu'à l'os de la même maniere qu'il a fait la peau. Avant que de scier les os, il coupera le ligament qui est entre-deux, avec la pointe du couteau, & l'Aide qui tient la jambe tandis qu'on la scie, aura soin de ne pas la hausser, parce que cela empêcheroit l'action de l'instrument.

Lorsque l'Amputation se fait plus bas que le genou, il est avantageux que l'Opérateur se tienne entre les jambes du malade, parceque de cette façon il pourra scier en même tems le *Tibia* & le *Péroné* en appliquant la scie en-dehors; au lieu que si on l'applique au côté interne de la jambe, le *Tibia* sera scié avant le *Péroné*; ce qui non-seulement allonge l'opération, mais peut encore éclater le *Péroné* lorsqu'il est presque entiérement scié, à moins que l'Aide-Chirurgien n'ait grand soin de le soutenir.

La jambe étant coupée, il s'agit ensuite d'arrêter le sang. Cela doit être exécuté d'une maniere efficace, avant que le malade soit mis au lit; autrement il y aura grand danger d'une nouvelle hémorrhagie, lorsque la fiévre s'allumera, & que les vaisseaux du moignon viendront à se dilater; deux symptomes qui arrivent peu de tems après l'opération. Il n'est point de méthode aussi sure pour prévenir ce danger, que de lier les extrémités des vaisseaux. Pour cet effet on prend

une aiguille courbe enfilée, & l'ayant passée deux fois à travers la chair, presque tout autour des vaisseaux, on fait un nœud qui les enfermera nécessairement; & afin de découvrir leurs orifices, on ordonne à l'Aide-Chirurgien de lâcher chaque fois le tourniquet. Cette méthode vaut beaucoup mieux que celle d'employer des Pincettes pour saisir les artéres; car de cette derniere façon les vaisseaux s'échappent aisément de la ligature.

Quant aux applications styptiques, on connoît si bien aujourd'hui leur inefficacité, qu'il n'y a presque personne qui s'en serve dans les hémorrhagies des gros vaisseaux.

On se trouve quelquefois obligé dans un gros moignon de lier dix vaisseaux, ou même davantage. Cela étant fait, on appliquera sur la plaie de la charpie séche & brute; & au cas que les petits vaisseaux donnent beaucoup de sang, on pourra mêler dans la charpie une poignée de fleur de farine, qui aidera à mieux boucher leurs orifices.

Avant que de mettre la compresse il faut serrer le moignon avec des tours de bande, qu'on commence dès le bas de la cuisse, en descendant par doloire jusqu'à l'extrémité du moignon. L'usage de ce bandage est de tenir la peau avancée vers le moignon; car malgré les mesures qu'on a déja prises auparavant pour cela, elle ne laisseroit pas de se retirer jusqu'à un certain point, si elle n'étoit ainsi assujettie. On peut maintenir l'appareil des pansemens avec la compresse en forme de croix, & un bandage médiocrement serré. Pour ce qui est du traitement de la plaie, on peut consulter ce que nous avons dit en parlant des plaies récentes.

Avant qu'on eût découvert la méthode d'une double incision, telle que je viens de la décrire, le moignon étoit toujours long-tems à guérir. Car en coupant tout-à-la fois la peau & la chair jusqu'à l'os, & sciant l'os à fleur de l'incision, il arrivoit de là que la peau & la chair se retiroient, & laissoient déborder l'os au-

delà de la plaie, quelquefois jusqu'à deux ou trois pouces. Aussi ne manquoit-il guere de s'exfolier; ce qui étoit ennuyeux, & outre cela faisoit souvent dégénérer la plaie en ulcére habituel, ou du moins laissoit un moignon pointu, avec une cicatrice prête à se rouvrir au plus léger accident.

On évite tous ces inconvéniens par notre nouvelle méthode; & je ne vois pas qu'on puisse rien objecter contre, si ce n'est peut-être que la douleur que ressent le malade dans le tems de l'incision, doit être une fois aussi grande que dans l'autre méthode, à cause de la double incision. Mais si on fait attention qu'on ne coupe d'abord que la peau, & ensuite que la chair, quoique ce ne soit pas en même tems, je crois qu'on jugera cette différence de douleur peu considérable.

Dans l'Amputation de la cuisse, la premiere incision doit se faire un peu plus de deux pouces au-dessus de la Rotule. Après l'operation on conduira autour du corps une bande avec laquelle on fera sur la cuisse plusieurs

circulaires en descendant par doloire, afin de soutenir la peau & la chair. Ce bandage est celui qui convient le mieux, à cause des abscès qui se forment quelquefois à la partie supérieure de la cuisse, & qui ne peuvent s'évacuer aussi-bien avec tout autre bandage, étant presque impossible de rouler la bande plus haut que l'abscès, à moins qu'on l'ait d'abord roulée autour du corps.

L'amputation du bras & de l'avant-bras différe si peu de celle de la jambe, que je ne pourrois la décrire sans répéter ce que j'ai déja dit. Il faut seulement avoir soin de conserver toujours autant que l'on peut du membre, & dans toutes les Amputations des extrémités supérieures, de placer le malade sur une chaise.

Il arrive souvent dans les armées que le bras est blessé près de l'Omoplate par un coup d'arme à feu. Alors l'Amputation à l'épaule seroit nécessaire; mais la crainte que l'hémorrhagie ne fît périr le malade dans l'opération, a empêché les Chirur-

giens de l'entreprendre. J'ai oui dire qu'elle avoit été faite une fois. Mais quand elle n'auroit jamais été faite, on pourroit comprendre qu'elle est praticable, par l'accident qui arriva à un pauvre Meunier, dont le bras & l'Omoplate furent séparés avec violence du reste du corps par une corde, qui s'étant entortillée par hazard autour de son poignet, fut tout d'un coup enlevée en l'air par le moulin. Presque tout Londres sçait cette histoire, & que le malade fut guéri au bout de quelques semaines. Une circonstance fort remarquable dans cet accident, c'est qu'après la défaillance qui survint, l'hémorrhagie s'arrêta d'elle-même, & ne recommença plus du tout, quoiqu'on n'eût mis autre chose sur les gros vaisseaux que de la charpie & de la térébentine. Ainsi quand il y a une plaie ou une fracture près de l'articulation, ou bien des Fistules incurables dans l'articulation, sans beaucoup de carie, je crois que l'opération peut se faire sans danger, de la maniére suivante.

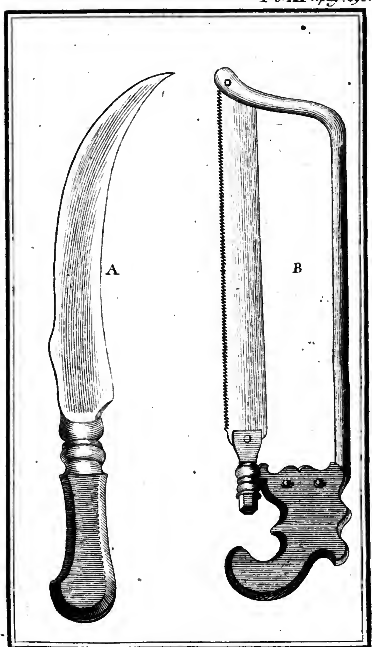
Le bras du malade étant tenu horizontalement, on fera une incision à travers le corps graisseux, commençant à la partie supérieure de l'épaule, & descendant par-dessus le muscle Pectoral jusqu'à l'aisselle. Ensuite tournant en-haut le tranchant du bistouri, on coupera ce muscle & une partie du Deltoïde. Tout cela peut s'exécuter sans risque de blesser les gros vaisseaux, qui se trouveront à découvert par ces incisions. S'ils ne le sont pas, on coupera encore davantage du muscle Deltoïde, & on portera le bras en arriere. Ensuite ayant lié l'artére & la veine avec une forte ligature, on continuera l'incision circulaire à travers la jointure, & on aura soin de couper les vaisseaux à une distance considérable au-dessous de la ligature. On arrêtera le sang des petits vaisseaux comme dans les autres Amputations.

En faisant cette opération il faut conserver le plus qu'on peut de la peau, & avoir égard à la situation de l'*Acromion*; car comme il avance

considérablement au-delà de l'articulation, on pourroit par mégarde aller couper sur cet os.

L'Amputation des doigts & des orteils doit se faire dans l'articulation, & non ailleurs. Pour cela il faut se servir d'un bistouri droit, & couper la peau, non pas positivement sur la jointure, mais un peu du côté de l'extrémité des doigts, afin qu'en conservant plus de peau, la plaie guérisse ensuite plus aisément. Quand on veut couper le doigt entier, il faut pour faciliter sa séparation d'avec l'os du Métacarpe, faire d'abord de chaque côté une petite incision longitudinale. Il y a ordinairement dans ces Amputions un ou deux vaisseaux qui ont besoin de ligature, & qui, faute d'être liés, donnent souvent de l'embarras.

Il peut arriver que les os des orteils, & une partie seulement des os du Metatarse soient cariés. Alors il n'est pas nécessaire de couper la jambe, mais seulement toute la partie du pied, qui est en mauvais état. Une


A
B

petite ſcie à reſſort vaut mieux ici pour ſcier les os, qu'une large. Après l'opération le talon & ce qui reſte du pied, feront d'une grande utilité; & la plaie ſe conſolidera ſans danger, comme je l'ai vû une fois par expérience.

PLANCHE XIV.

EXPLICATION.

A. Figure du Couteau pour l'amputation. La longueur, tant de la lame que du manche, doit être d'environ treize pouces.

B. Figure de la ſcie dont on ſe ſert dans l'Amputation des membres. La longueur tant du manche que du feuillet, doit être d'environ dix-ſept pouces.

FIN.

APPROBATION.

J'Ai lû par ordre de Monseigneur le Chancelier un Manuscrit intitulé, *Traité des Opérations de Chirurgie par M. Sharp, Chirurgien de l'Hôpital de Guy*, traduit de l'Anglois en François; & je n'y ai rien trouvé qui en empêche l'impression. A Paris ce 15. Octobre 1740.

MORAND.

PRIVILEGE DU ROI.

LOUIS, par la grace de Dieu, Roi de France & de Navarre: A nos Amez & feaux Conseillers les Gens tenans nos Cours de Parlement, Maîtres des Requêtes ordinaires de notre Hôtel, Grand-Conseil, Prevôt de Paris, Baillis, Sénéchaux, leurs Lieutenans Civils & autres nos Justiciers qu'il appartiendra: SALUT. Notre bien amé HIPPOLYTE-LOUIS GUERIN l'aîné, Libraire à Paris, Nous ayant fait remontrer qui lui auroit été mis en main divers Ouvrages de Chymie & de Chirurgie, qu'il souhaiteroit faire imprimer & donner au Public, qui ont pour titre: *Introduction à la Chymie par*

le *sieur* Rote *Medecin à Leipsik. Traité des Opérations de Chirurgie, traduit de l'Anglois de* Scharp; s'il Nous plaisoit lui accorder nos Lettres de Privilege sur ce nécessaires, offrant pour cet effet de les faire imprimer en bon papier & beaux caracteres, suivant la Feuille imprimée & attachée pour modéle sous le contrescel des Présentes. A ces causes, voulant favorablement traiter ledit Exposant, Nous lui avons permis & permettons par ces Présentes de faire imprimer lesdits Ouvrages ci-dessus spécifiés en un ou plusieurs Volumes, conjointement ou séparément, & autant de fois que bon lui semblera, & de les vendre, faire vendre, & débiter par tout notre Royaume, pendant le tems de neuf années consécutives, à compter du jour de la date desdites Présentes. Faisons défenses à toutes sortes de personnes de quelque qualité & condition qu'elles soient, d'en introduire d'impression étrangere dans aucun lieu de notre obéissance; comme aussi à tous Libraires-Imprimeurs, & autres, d'imprimer, faire imprimer, vendre, faire vendre, débiter, ni contrefaire lesdits Ouvrages ci-dessus exposés en tout ni en partie, ni d'en faire aucuns extraits, sous quelque prétexte que ce soit, d'augmentation ou correction, changement de titre ou autrement, sans la permission expresse & par écrit dudit Exposant ou de ceux qui auront droit de lui, à peine de confiscation des Exemplaires contrefaits, de six mille livres d'amende contre chacun des contrevenans, dont un tiers à Nous,

un tiers à l'Hôtel-Dieu de Paris, l'autre tiers audit Expoſant, & de tous dépens, dommages & intérêts. A la charge que ces Préſentes ſeront enregiſtrées tout au long ſur le Regiſtre de la Communauté des Libraires & Imprimeurs de Paris, dans trois mois de la date d'icelles; que l'impreſſion deſdits Ouvrages ſera faite dans notre Roïaume & non ailleurs, & que l'Impétrant ſe conformera en tout aux Réglemens de la Librairie, & notamment à celui du 10. Avril 1725. & qu'avant que de les expoſer en vente, les Manuſcrits ou Imprimés qui auront ſervis de copie à l'impreſſion deſdits Ouvrages, ſeront remis dans le même état où les Approbations y auront été données, ès mains de notre très-cher & féal Chevalier, le Sieur Dagueſſeau, Chancelier de France, Commandeur de nos Ordres, & qu'il en ſera enſuite remis deux Exemplaires de chacun dans notre Bibliothéque publique, un dans celle de notre Château du Louvre, & un dans celle de notre très-cher & féal Chevalier le Sr Dagueſſeau, Chancelier de France, Commandeur de nos Ordres; le tout à peine de nullité des Préſentes. Du contenu deſquelles vous mandons & enjoignons de faire jouir l'Expoſant ou ſes ayans cauſe pleinement & paiſiblement, ſans ſouffrir qu'il leur ſoit fait aucun trouble ou empêchement. Voulons que la copie deſdites Préſentes qui ſera imprimée tout au long au commencement ou à la fin deſdits Ouvrages, ſoit tenue pour dûment ſignifiée, & qu'aux copies collationnées par l'un de nos amez & féaux Conſeillers & Sécré-

taires, foi foit ajoutée comme à l'Original. Commandons au premier notre Huiffier ou Sergent, de faire pour l'exécution d'icelles, tous actes requis & néceffaires, fans demander autre permiffion, & nonobftant Clameur de Haro, Chartre Normande, & Lettres à ce contraires. Car tel eft notre plaifir. DONNE' à Verfailles le trente-uniéme jour de Décembre, l'an de grace mil fept cent quarante, & de notre Regne le vingt-fixiéme. Par le Roi en fon Confeil.

SAINSON.

Regiftré fur le Regiftre dix de la Chambre Royale des Libraires & Imprimeurs de Paris, N°. 422. fol. 412. conformément aux anciens Réglemens confirmés par celui du 28. Février 1723. A Paris le 5. Janvier 1741.

SAUGRAIN, Syndic.







